Rok XL. Kraków, 13 Lipca 1901. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa)*.

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

Dotąd nie jesteśmy w stanie przedstawić dokładnie grupy spraw chorobowych, których cechą główną jest zanik skóry. Znamy różne choroby, które do zaniku doprowadzać mogą: w tych zatem przypadkach etyologia zaniku jest jasną; — w innych atoli zanik występuje niejako samoistnie, nie poprzedzony jakąś znaną sprawą chorobową; w takich przypadkach przyczyny jego zupełnie nie znamy. Dla wyjaśnienia tych ostatnich przypadków samoistnego zaniku musimy zbierać nie tylko dokładne wywiady, nie tylko przedstawić cały znany przebieg kliniczny, ale, — co najważniejsze, — z obrazów drobnowidowych zebrać dane, któreby nam sprawę chorobową choć częściowo wyjaśnić mogły. Dlatego na te ostatnie szczegóły w tym przypadku zwrócić chcemy szczególną uwagę.

F. K, lat 29 liczący, średnio odżywiony, przyjęty do kliniki w dniu 6. grudnia 1900. nie okazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych, lub w zakresie nerwów. Żadnej choroby dziedzicznej wykazać nie można. Chory nigdy obłożnie nie chorował, chorób wenerycznych również nie przebywał. Początki swej choroby odnosi do jesieni r. 1899, w którym to czasie miało się pojawić na skórze stopy i podudzia lewego sączenie skóry, sprowadzające świąd i pieczenie, — przyczem okolica kolana była obrzękła, ruchy w stawie jednak nie były upośledzone. Przy stosowaniu środków domowych objawy te wkrótce ustąpiły. W marcu 1900 r. doznał chory skaleczenia siekierą w grzbiet stopy lewej, a w kilka tygodni potem zaczął uczuwać wzdłuż tej całej kończyny dolnej naprzemian raz pieczenie, to znowu świąd, a prawie równocześnie zauważył pewne utrudnienie w ruchomości stawu kolanowego

W miejscu skaleczenia na kończynie dolnej lewej znajdujemy bliznę, biegnącą od drugiego członu (falangi) palca 4-go w kierunku nieco skośnym ku wewnątrz na długości 5 cm. Na całej kończynie dolnej prawej skóra jest naciekła, połyskująca i tak silnie napięta, że tylko w niektórych miejscach ująć się w fałd daje. Na stopie skóra schorzała odcina się ostro od zdrowej przy nasadzie palców. na zewnętrznym brzegu stopy, wreszcie linią falistą na wewnętrznym brzegu. W górze kończyny linia graniczna skóry chorej przebiega na pośladku łukowato. zwrócona wypukłością ku biodrom, jednak mniej ostro, niż na stopie. Skórę zdrową widać tylko na przestrzeni, nie większej od dłoni, na łydce i nieco mniejszy kawałek w przegubie kolanowym. Na całej chorej powierzchni prawie zupełnie niema włosów. Naciek skóry zdaje się być jednostajnym na całej chorej powierzchni podudzia i dolnej części uda, gdzie jest mniej wybitnym, — a wreszcie przechodzi w pas, na 1 ctm. szeroki, skóry odbarwionej i znacznie ścieńczałej. Skóra naciekła jest barwy czerwonej, w dolnych częściach nawet sinawej Naskórek na podudziu przy ujęciu skóry w fałd przypomina z wejrzenia zmiętą cienką bibułkę. przyczem złuszcza się w większych lub mniejszych płatkach. W okolicy stawu kolanowego i dolnej części uda tworzy naskórek duże, silnie przylegające łuski, na pośladku zaś, obok wybitnego pomarszczenia, widać wybitne zabarwienie brunatne skóry Podobne ciemne zabarwienie skóry nienaciekłej spostrzegać się daje na wewnętrznej powierzchni uda, gdzie ustaje naciek i łuszczenie się, jakoteż pofałdowanie skóry i przechodzi na dolną część powłok brzusznych tejże strony aż do pępka, ku tyłowi zaś na okolicę lędźwiową aż do 8-go żebra. Na miejscach ciemno zabarwionych naskórek jest suchy, szorstki i w drobne zmarszczki ułożony. Wśród tych miejsc widać tu i ówdzie plamy całkiem odbarwione, nieco zapadłe, różnej wielkości, rozsiane szczególnie w górnych częściach pojedynczo lub w grupach, a na obwodzie zmian wyraźnie nawet zlewające się ze sobą. Na grzbiecie od wysokości kąta łopatek do połowy pośladków spotykamy wśród zdrowej skóry takie same wysepki odbarwione ze ścieńczałym pomarszczonym naskórkiem, — zmian barwikowych jednak niema. W okolicy obudwu łopatek zaś, obok miejsc odbarwionych, odznaczających się wielkością, widać porozrzucane wysepki skóry z nagromadzeniem barwika. Na karku i na potylicy zauważyć można również miejsca białe i zapadłe, dochodzące do wielkości soczewicy, porosłe nieodbarwionym włosem. Plamy barwikowe brunatne zajmują także przedramię prawe i wewnętrzną stronę ramienia, a w obwodzie ich znajdują się drobne miejsca odbarwione. Naskórek złuszcza się na miejscach chorobowo zmienionych.

Miejsca zanikowe w postaci drobnych wysepek okazują pewne podobieństwo do t. zw. blizn poporodowych, są wyraźnie nieco po pod powierzchnię prawidłowego otoczenia wklęśnięte i okazują ścisłe odgraniczenie. Ogniska te mają kształt nieregularny, a zlewając się w wielu miejscach ze sobą, tworzą większe obszary. Przejście z ognisk zanikowych w skórę prawidłową jest wszędzie ostre; — jakichkolwiek zmian przejściowych, na wpół zanikłych nie znachodzimy. Oziębienie, wywołane rozpylonym eterem, zdoła wywołać tylko na skórze prawidłowej wyraźną »gęsią skórę«; zresztą ani w miejscach naciekłych, ani w ogniskach zanikowych nizka ciepłota objawu tego wywołać nie jest w stanie. Ogniska wybitnie zanikłe zdają się być zupełnie odbarwione, natomiast w ich bezpośredniem otoczeniu znachodzimy niejednokrotnie miejsca przebarwione tak, że odnosi się wrażenie, jakby barwik w wielu miejscach zniesiony został z części środkowych ku obwodowi. W miejscach zanikłych znachodzimy w niektórych miejscach puszek (*lanugo*), szczególnie na przedniej ścianie klatki piersiowej.

Chory nie umie podać, czy w miejscach, które przedstawiają obecnie opisane zmiany, bądźto barwikowe, bądź zanikowe, istniały poprzednio nacieki, podobne do tych. jakie spotykamy na kończynie dolnej prawej, (*Fig.* 1).

Przy stosowaniu maści Hebry na kończynę dolną prawą usunięto warstwy łuszczącego się naskórka, — naciek skóry zdaje się być nieco mniejszy, a ruchomość w stawie kolanowym do kąta prostego dość swobodna.

Wstrzyknięcie pilokarpiny nie wywołuje w obszarach chorobowo zmienionych ani śladu pocenia, w częściach zaś, na granicy leżących, zaledwo skąpe krople potu.

Rozpoznanie: *Atrophia cutis idiopathica diffusa.*

Opisawszy spostrzegany na klinice Prof. Reissa powyższy przypadek, nie zamierzam porównywać jego obrazu klinicznego ze znanymi dotychczas w stosunkowo obszernem piśmiennictwie przypadkami, gdyż z opisu powyższego każdy zda sobie jasno sprawę, że o innej sprawie myśleć nie można

w tym wypadku. Tak rozwój choroby, jak i objawy kliniczne wskazują wyraźnie, że rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości.

Wszystkie postacie zaniku skóry podzielićby można na samoistne i następowe, jak to czyni w swej pracy o tym przedmiocie Unna. Podział ten na razie wystarcza; następowym bowiem nazywamy taki zanik skóry, który występuje po jakiejś znanej sprawie chorobowej, np. gruźlica,

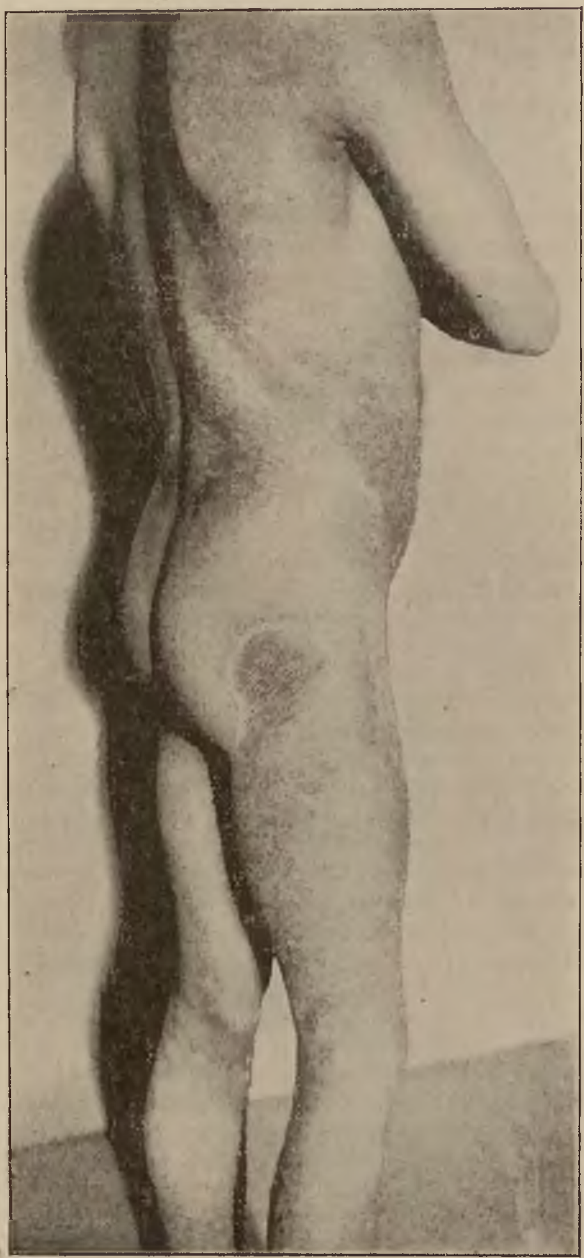


Fig. 1.

kiła, liszaj rumieniowy *(lupus erythematosus)*, wyłysienie, łupież czerwony *(pityriasis rubra)* i t. p. — samoistnym zaś w tym przypadku, gdy zanik jest pierwotny bez znanej sprawy chorobowej. Prawdopodobnie z czasem liczba postaci tej ostatniej grupy samoistnego zaniku coraz więcej zmniejszać się będzie; przypuszczać bowiem należy, że kiedyś, poznawszy przyczynę, określimy ją nazwą, opartą na etyologii.

Samoistne postacie zaniku rozdziela Unna na ograniczone i rozlane; te ostatnie zaś na ogólne (starczy i charłaczy), postępujące (powyżej opisany przypadek) i przywiązane do pewnych okolic ciała *(kraurosis* i drugi typ, t. zw. *xerodermia pigmentosa Kaposi)*. Przypadek zatem opisany muszę zaliczyć do grupy samoistnego zaniku rozlanego i postępującego, powstałego jednak z przyczyny, jak dotąd, nieznanej.

O wiele ważniejszym wydaje mi się być w tym przypadku obraz drobnowidowy; dlatego przedstawię w dalszym ciągu nie tylko znalezione zmiany anatomiczne w stosunku do różnych objawów klinicznych, ale porównam zarazem obrazy pojedyńczych okresów i cechujące szczegóły z opisami, podanymi w podobnych przypadkach tego cierpienia przez innych autorów.

Prawie żaden z badaczy nie uwzględniał w obrazach histologicznych pewnych okresów chorobowych, klinicznie dających się odróżnić i przez wielu autorów opisywanych. Już gołem okiem bowiem zauważyć można różne postacie choroby w jej rozwoju. Obok miejsc nacieklych, w których skóra tylko z trudnością ująć się w fałdy daje, a powierzchnia jej jest jakby kolodyonem powleczoną, widzieć można plamy barwikowe o skórze pofałdowanej, tu i owdzie lekko łuszczącej się, wreszcie miejsca, jakby odbarwione, o skórze wyraźnie zanikłej, z naskórkiem zcieńczałym, łuszczącym się w blaszkowate cienkie łuski.

Chcąc dać obraz mikroskopowy całej sprawy chorobowej, muszę rozdzielić te trzy niejako okresy chorobowe i opisywać je z osobna, aby zdać sobie sprawę, o ile różnią się między sobą i o ile zmiany te rozwijają się w przebiegu sprawy. W tym celu wycięto kawałek skóry z zewnętrznej powierzchni uda, jako zmiany najwcześniejszej, — kawałek z okolic pośladkowych, o ciemnem zabarwieniu i poczynającym zaniku, wreszcie skórę z łopatki, z miejsca zanikowego.

Wycięte kawałki skóry, wraz z tkanką podskórną ze wszystkich okresów wyżej wspomnianych, nie robią mikroskopowo wrażenia skóry zanikłej; skóra wydaje się być twardszą, więcej zbitą, lecz nie cieńszą. Pod mikroskopem wrażenie to potęguje się, a przyczyną jest prawdopodobniej brak warstwowania i części dodatkowych, bo wszystkie warstwy zlały się w jedną i leżą bezpośrednio na mięśniach. W miejscach ciała, gdzie tkanka podskórna jest szeroka, np. na brzuchu, widzieć można jeszcze w wyciętej skórze resztki tkanki tłuszczowej; kawałek wycięty z innych miejsc, np. z uda, nie zawiera wyraźnego tłuszczu, a tylko resztki tkanki łącznej, po nim pozostałej, zlewają się ze skórą właściwą i czynią ją szerszą. Poprzedzam obraz drobnowidowy tym szczegółem, gdyż zwrócił on naszą uwagę nawet w skórze wyciętej z miejsca, które uważać należało za najwięcej uległe zanikowi.

Okres pierwszy, który, sądząc z ogólnego obrazu klinicznego, uważać należało za najwcześniejszy, okazuje pod mikroskopem, jak to już z wejrzenia gołem okiem przypuszczaliśmy, dość liczne i wybitne nacieki, usadowione w skórze właściwej i tkance podskórnej, w większej ilości jednak w głębszych, niż w powierzchownych warstwach skóry leżące. Wszyscy autorowie opisują te nacieki i umiejscowiają je przeważnie około naczyń, gruczołów skóry i torebek włosowych. Buchwald opisuje je jako gromady, złożone z licznych okrągłych komórek, widoczne w wyżej wspomnianych miejscach; podobnie Jadassohn, Colombini, Bechert i Huber. Heuss stwierdza silniejszy naciek około torebek włosowych, słabszy około naczyń tylko warstw górnych i średnich, który jednak utrzymuje się, choć tylko w skąpej ilości, także w okresie późniejszym. Neumann

pierwszy wyraził zdanie, że nacieki nie leżą tylko około naczyń lub gruczołów, ale że istnieją także w obfitych grupach między wiązkami istoty klejorodnej i to tak w dolnych, jak i górnych częściach; dolne warstwy jednak mogą mieć mniej nacieku i tylko w około naczyń, ale nigdy w okresach początkowych.

Ze względu na to, że, o ile sądzić mogę z późniejszego obrazu, dostałem do zbadania okres świeży, początkowy, o wybitniejszym nacieku, niż inni autorowie, nie mogę zgodzić się na ostatni szczegół, przez Neumanna podany. Zawsze znajdowałem nacieki, chociaż w przeważnej ilości około naczyń i części dodatkowych skóry, to jednak także w przetworach między wiązkami istoty klejorodnej *(kollagen)*, nigdy jednak w większej ilości w górnych warstwach skóry, a przeciwnie najwybitniejsze gromady komórek spotykałem w częściach dolnych, nawet bez związku ze ścianami naczyniowemi. *(Fig. 2)*.

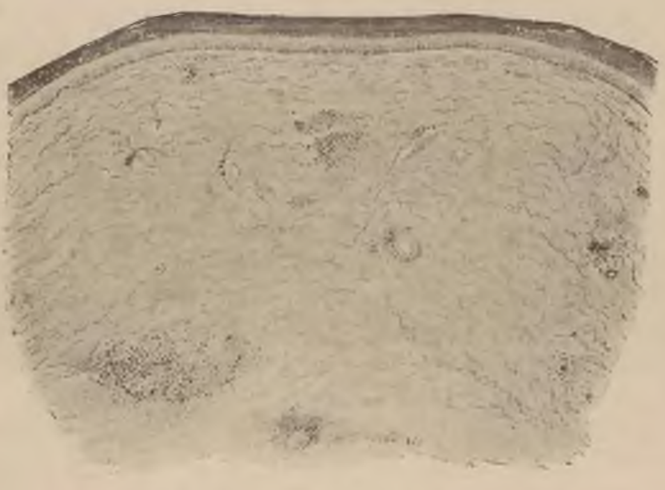


Fig. 2.

Nacieki są, wedle prawie wszystkich autorów, złożone z okrągłych drobnych komórek. Jadassohn i Neumann wspominają obok tych i o wrzecionowatych, zaprzeczają jednak istnienia komórek plazmatycznych, na które zwraca uwagę Unna i Huber, stwierdzając nie tylko ich obecność, ale uważając je obok nielicznych komórek tkanki łącznej za główny składnik nacieków. Przypuszczam, że poprzedni autorowie, którzy komórek tych nie widzieli, mieli do czynienia już z okresem późniejszym; stwierdzić bowiem muszę, że nie zdarzyło mi się dotychczas widzieć w żadnej przewlekłej sprawie chorobowej, w której są zazwyczaj w dużej ilości, komórek plazmatycznych *(Plasmazellen* Unna) tak dużych i dobrze rozwiniętych, jak w tej właśnie zmianie. *(Fig. 3)*.

Nacieki te, w znacznej części złożone z dużych komórek plazmatycznych, leżą w jednych miejscach około ścian naczyń włosowatych, w ich błonie zewnętrznej *(adventitia)*, w innych przerastają ich ściany. Prócz tego widać je w dość znacznej ilości około torebek włosowych i kłębków gruczołów potowych. Dodać należy, że ciałek wysiękowych nigdzie w skórze przy tej zmianie nie spotykałem, a szczegół to ważny, choćby ze względu na tych, którzy komórki plazmatyczne tylko od limfocytów wywodzą. — W kilku preparatach znalazłem, podobnie jak Unna, wśród nacieków kulki hyaliny.

W górnych częściach skóry nacieki grupują się przeważnie około drobnych naczyń; w głębszych leżą, jak wspomniałem, komórki w szeregach, rozsuwając wiązki istoty klejorodnej, i w ścianach większych naczyń lub w około nich, o czem jeszcze później pomówię.

Istota klejorodna, prócz tego, że w miejscach nacieku jest rozsunięta na pewnej przestrzeni, nie przedstawia się zupełnie prawidłowo. Wiązki jej nie są grube, jędrne, prostolinijne z długimi, wzdłuż nich ciągnącymi się przestworami, ale są pokręcone, przez co na przekroju krótsze, przytem mniej jędrne, jakby suche, połamane i cieńsze, a przestwory między niemi wskutek tego także krótsze, ale liczniejsze. Tak przedstawiała mi się istota klejorodna w całej grubości skóry; nie widziałem nigdy uderzających różnic między górną a średnią lub dolną warstwą, jak to Neumann opisuje. W warstwie brodawkowej istota klejorodna zazwyczaj

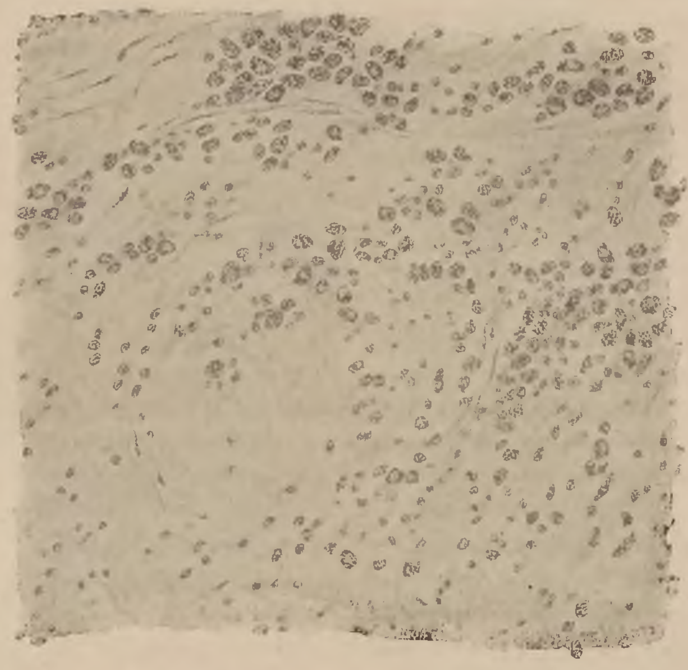


Fig. 3.

ma włókna cieńsze, rozsunięte przebiegającemi naczyniami, niż w warstwach głębszych; w zmianie tej jednak już w okresie wczesnym niema warstwy brodawkowej, na co zwracają wszyscy autorowie (prócz Heussa) szczególną uwagę, przez co cała górna warstwa skóry, leżąca pod naskórkiem, odpowiada spłaszczonym brodawkom.

Na włóknach istoty klejorodnej spostrzedz można, jak to opisałem, pewną nieprawidłowość, którą odnieść należy do początków zaniku; nie można jednak powiedzieć tego samego i o włóknach elastycznych, które okazują w tym okresie o tyle tylko zmiany, o ile są w styczności z wiązkami istoty klejorodnej. Z autorów jeden tylko Heuss opisuje dwa okresy i twierdzi, że w pierwszym zanik tkanki elastycznej jest nader mały, szczególnie w około naczyń, wśród nacieków i w ich otoczeniu. W naciekach, jak we wszystkich innych zmianach, cechujących się naciekami, włókien elastycznych nie znajdowałem; w innych miejscach jednak ilość ich zdaje mi się być pozornie zwiększoną, prawdopodobnie przez to, że wiązki istoty klejorodnej, wzdłuż których włókna te leżą, są węższe, przez co włókna zbliżone do siebie. Inni autorowie opisują tylko mniejszy lub większy ich zanik, dlatego przytoczę ich opinie przy opisie okresu ostatniego.

Przypłaszczenie brodawek, wspomniane powyżej, nie tylko zaciera granice zazwyczaj dobrze rysującej się w stanie prawidłowym warstwy, ale jest także przyczyną, że naskórek przebiega prostolinijnie na skórze, tworząc zaledwo tu i owdzie tylko ślad smugi, dążącej nieco w głąb, przez co brodawki przeważnie niewidoczne, gdzieniegdzie chociaż nizkie i płaskie widzieć można w tym pierwotnym okresie chorobowym (Huber); nie widziałem jednak w żadnym okresie dobrze rozwiniętych. niezmienionych, jak to Heuss opisuje.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał
Prof. Dr. **Włodzimierz Sieradzki.**

(Ciąg dalszy).

Na obszerniejszą wzmiankę, aniżeli aglutynacya zasługuje następna własność, stwierdzona w surowicy zwierząt, szczepionych krwią obcą, a mianowicie własność wywołania strątu w surowicy tego gatunku zwierzęcia, które dostarczało krwi do szczepienia. O istnieniu takich swoistych precypityn, czy koagulin w surowicy zwierząt uododpornionych względem bakteryj wspomniałem na innem miejscu. Zasługa pierwszego spostrzeżenia nad precypitynami w surowicy zwierzat, szczepionych krwią obcą, należy się Czystowiczowi: w doświadczeniach swych nad uodpornieniem zwierząt przeciwko krwi węgorza, zapomocą wstrzykiwań tej ostatniej w małych dawkach, zauważył Czystowicz mianowicie, że surowica zwierząt, w ten sposób szczepionych, wywoływała strąt w surowicy węgorza; uderzony tem spostrzeżeniem, szczepił następnie królika krwią konia i stwierdził ponownie, że surowica tego szczepionego królika daje w surowicy końskiej wyraźny strąt. Strąt ten rozpuszczał się w zasadach i kwasach, nie był rozpuszczalny w rozczynach soli obojętnych i węglanów. Własność wywołania strątu nie stoi w związku ani z własnością antytoksyczną ani z aglutynacyą, własność ta nie ginie przy ogrzaniu surowicy nawet aż do 70°C. Następne spostrzeżenie w tym kierunku zawdzięczamy Bordetowi. Stwierdziwszy fakta, podane przez poprzedniego autora i w doświadczeniach z innemi zwierzętami, wykazał jednak, że precypityna nie zawsze powstaje, gdyż n. p. przy szczepieniu świnki morskiej krwią królika nie wykazał we krwi tej świnki własności wywoływania strątów w surowicy królika. Dalej zauważył, że własność ta nie jest ściśle swoistą, gdyż n. p. surowica królika, szczepionego krwią kury, daje strąt nietylko w surowicy kury, ale i, aczkolwiek słabszy, w surowicy gołębia. Następnie wstrzykiwał on królikowi mleko krowie i przekonał się, że surowica takiego królika *(lactoserum)* wywoływała w mleku krowiem strąt, podobnie jak podpuszczka. Nolf wykazuje, że częścią składową krwi, która wywołuje precypitynę w zwierzęciu szczepionem, jest sama surowica, a nie pierwiastki komórkowe, a w szczególności, że nie cała surowica, ale tylko jej globulina; na odwrót też surowica, posiadająca precypitynę, daje strąt tylko w rozczynach, zawierających globulinę odpowiedniego gatunku zwierząt. Wkrótce potem Myers[13]) otrzymał przez wstrzykiwanie zwierzętom peptonu, białka krystalicznego, globuliny odpowiednie surowice, wywołujące strąt w rozczynach tych ciał; Uhlenhuth[14]) zrobił to samo z białkiem jaja kurzego, a Fisk[15]) stwierdził ogólną swoistość precypityn. I tak *lactoserum,* otrzymane przez wstrzykiwania mleka krowiego, daje strąt tylko w mleku krowiem, a nie w ludzkiem, kociem, lub oślem. Zuelzer[16]) zaś wykazał, że surowica, otrzymana z królika szczepionego krwią ludzką, oprócz wywoływania strątu w surowicy ludzkiej strąca także białko w moczu i na odwrót można otrzymać taką precypitynę względem surowicy ludzkiej i białka w moczu przez wstrzykiwanie zwierzęciu moczu ludzkiego, zawierającego białko To zjawisko powstawania precypityny tłómaczy ogólnie Nolf tak, iż ustrój posiada własność oddziaływania na wprowadzenie doń istot białkowatych w ten sposób, że wyrabia nowe ciała białkowate, które posiadają silne powinowactwo do tych do ustroju wprowadzonych istot.

Tak więc przez szczepienie zwierzęcia krwią obcą wywołujemy w surowicy jego powstanie kilku własności o charakterze, mówiąc ogólnie, wrogim dla krwi użytej do szczepienia, własności zupełnie identycznych do tych, jakie stwierdzamy w surowicy zwierząt, uodpornionych przeciwko pewnym bakteryom zapomocą wstrzykiwania czy to samych bakteryj, czy też ich wytworów. Istoty do których te własności są przywiązane, byłyby więc hemolizyny, całą zaś surowicę czynną względem pewnej krwi możnaby nazwać hemotoksyną; w takim więc razie przez hemotoksynę rozumiałoby się sumę tych pojedynczych charakterystycznych istot, jednak nie koniecznie wszystkie i w różnym względem siebie stosunku Zaznaczyć jednak muszę, że nazwa hemotoksyna wprowadzoną została przez Miecznikowa raczej na określenie samej hemolizyny, a więc w ściślejszem znaczeniu

Wspomniałem już powyżej, że podobne precypityny, jakie stwierdzono przy szczepieniu zwierząt krwią czy surowicą obcą, otrzymano również przy szczepieniu zwierząt różnemi innemi ciałami białkowatemi. Równocześnie też prawie odkryto i inne istoty, analogiczne do właściwych hemolizyn, t. j. ciał, działających zabójczo na ciałka czerwone, jako pewien rodzaj komórek ustroju. Już zaraz po ukazaniu się pierwszej pracy Bordeta na temat hemolizy wyraził Miecznikow przekonanie, że niezawodnie dadzą się otrzymać surowice. działające wrogo na inne komórki ustroju, a więc ogólnie mówiąc, różnego rodzaju cytotoksyny. I rzeczywiście niebawem odkrył Landsteiner[17]) t. zw. spermotoksynę, otrzymaną przez wstrzykiwanie zwierzęciu nasienia ze zwierzęcia obcego gatunku; potem von Dungern[18]) otrzymał trychotoksynę względem przybłonków rzęskowych; Miecznikow[19]) leukotoksynę względem ciałek białych; Lindemann[20]) nefrotoksynę względem komórek wydzielniczych nerki, a Delerenne[21]) hepatotoksynę i neurotoksynę przez wstrzykiwanie zawiesiny z miąższu wątroby, względnie z mózgu obcego zwierzęcia. Te wszystkie cytotoksyny nie są jeszcze tak dokładnie zbadane, jak hemotoksyny, tem bardziej, że badanie ich własności jest o wiele trudniejsze i bardzo zawikłane. Stosunkowo najlepiej z tych sztucznych cytotoksyn poznaną została spermotoksyna, której badaniu poświęcił się cały szereg autorów,

oprócz wynalazcy, jak Miecznikow[22]), Moxter[23]), von Dungern, Metalnikow[24]) i inni. W każdym razie otwartą została droga dla bardzo śmiałych idei i bardzo donioslych badań w przyszłości, a tu znowu wymienić należy Miecznikowa[25]) jako tego, który pierwszy wystąpił z niezwykle oryginalną i śmiałą myślą praktycznego zastosowania tych sztucznych cytotoksyn. Wychodząc z założenia, naturalnego dla twórcy teoryi o fagocytozie, że przy zaniku schyłkowym ustroju najszlachetniejsze pierwiastki komórkowe ustroju stają się, jako osłabione i mało odporne pastwą makrofagów sądził, że będzie można korzystnie interweniować w tej walce komórek przez zastosowanie specyalnej trucizny dla makrofagów, a więc leukotoksyny. Wkrótce jednak przekonał się, że leukotoksyna działa na wszystkie rodzaje ciałek białych, a zatrucie czy osłabienie tych wszystkich pierwiastków, tak ważnych dla gospodarstwa ustroju, tylkoby szkodę mu przynieść mogło; że zaś niepodobna otrzymać leukotoksyny specyalnie tylko działającej na makrofagi, przeto myśl ta okazała się wprost niewykonalną. Podał tedy Miecznikow nowy pomysł zastosowania praktycznego sztucznych cytotoksyn. Biorąc analogię z działania trucizn wogóle na istoty komórkowe przypuszcza tedy, że cytotoksyny, działające w pewnych dawkach zabójczo na odpowiednie komórki, będą przeciwnie działały w małych dawkach podniecająco, podrażniająco, pobudzająco. Przypuszczenie takie wydało mu się tem bardziej prawdopodobnem, że fakta podobne były też spostrzegane w życiu drobnoustrojów. Badania różnych autorów, przedewszystkiem Schultza, wykazały mianowicie, że dodatek do hodowli bakteryj maleńkich ilości ciał antyseptycznych wpływa na rozwój drobnoustrojów wprost dodatnio i korzystnie. Chcąc więc n. p. w pewnym celu, wnioskuje dalej Miecznikow, wzmocnić leukocyty, należy zastosować w małych dawkach leukotoksynę, dla podniecenia ciałek czerwonych hematotoksynę itd. Celem stwierdzenia tych przypuszczeń dwaj uczniowie Miecznikowa: Cantacuzène[26]) i Besredka[27]) przeprowadzili w jego pracowni odpowiednie doświadczenia i badania. I istotnie pierwszy z nich stwierdził, że hemotoksyna, zastosowana zwierzęciu w małej ilości, powiększa znacznie ilość czerwonych ciałek krwi, zwiększając w nich równocześnie i zawartość hemoglobiny, a więc podnieca hematopoiezę i to w tak wysokim stopniu i na tak długi czas, jak tego nie można uczynić żadnym innym środkiem. W dużych dawkach naturalnie wywołuje hemotoksyna wprost przeciwne działanie, którego następstwem jest albo śmierć, albo dłuższa choroba zwierzęcia.

Taki sam wynik dały i badania Besredki nad leukotoksyną, a z doświadczeń nad tym przedmiotem warto wspomnieć o jednem spostrzeżeniu. Oto po wstrzyknięciu do otrzewnej większej dawki leukotoksyny stwierdził Besredka wkrótce potem obfity wysięk w jamie otrzewnej, mętny i gęsty, ale zawierający bardzo mało leukocytów, natomiast ogromną ilość bakteryj jelitowych; tłómaczy on to zjawisko tem, że wskutek zabicia leukocytów przez zastosowaną truciznę, bakterye jelitowe nie znajdując zapory ze strony tych żołnierzy ustroju wtargnęły przez ściany jelitowe do otrzewnej w ogromnej ilości.

Na podstawie tych doświadczeń postanowił Miecznikow przeprowadzić pierwsze próby zastosowania leukotoksyny na człowieku. Próby te, odbyte wspólnie z Besredką[28]), dotyczyły ludzi dotkniętych trądem. Materyał taki do doświadczeń wybrał Miecznikow z tego powodu, że, jak tego dowiodły badania Carrasquilli i Laverdea, można było stwierdzić u trędowatych pewne polepszenie stanu przez stosowanie surowicy z konia lub osła szczepionego poprzednio bądź to krwią, względnie surowicą trądowatych, bądź też wyciągiem z guzów trądowych. Miecznikow sądzi, że dodatni wpływ tych surowic nie pochodzi od swoistego działania na bakterye trądu, ale właśnie od leukotoksyny, znajdującej się w tych surowicach, która zastosowana w małych dawkach, wzmocniła i podnieciła leukocyty trądowatego do walki z prątkiem trądu. Stwierdziwszy poprzednio działanie u wybranych do doświadczenia chorych surowicy kozy prawidłowej po podskórnem zastrzyknięciu, stosowali następnie Miecznikow i Besredka surowicę kozy, szczepionej poprzednio krwią ludzką, która obok hemotoksyny musiała zawierać i leukotoksynę. Doświadczeń przeprowadzili zaledwie kilka i nie ośmielają się z nich wyciągać jeszcze żadnych wniosków. W każdym razie badanie krwi potwierdziło wyniki doświadczeń na zwierzętach; w jednym przypadku zauważyli wybitną poprawę pod względem bólów, jakich chory doznawał; w innym zauważyli silny odczyn naokoło guzów trądowych z następowem ich zropieniem i wygojeniem się ubytków. Bądź jak bądź doświadczenia te dają wiele do myślenia.

Prawie równocześnie von Dungern w Niemczech usiłował wyzyskać cytotoksyny do celów leczniczych, a mianowicie do leczenia raka gruczołu piersiowego. Autor ten otrzymał pierwszy, jak to powyżej wspomniałem, surowicę czynną przeciw przybłonkom (trychotoksynę, epiteliotoksynę). Stwierdziwszy tedy, że surowica zwierząt, szczepionych mlekiem krowiem posiada również własności przeciw-przybłonkowe wobec tego, że mleko jest produktem utworów przybłonkowych, miał nadzieję, że przez szczepienie zwierząt mlekiem kobiecem otrzyma również surowicę, działającą wrogo przeciw przybłonkom gruczołu piersiowego, a tem samem i raka, wychodzącego z tych przybłonków. Doświadczenia te jednakowoż wydały wynik ujemny. Z dotychczasowych danych nie można przesądzać o przyszłości i nie da się zaprzeczyć, że jest nadzieja, iż cytotoksyny wogóle mogą znaleźć poważne zastosowanie w lecznictwie. W uwzględnieniu tych nowych kierunków badań i zapatrywań proponuje Bier (*Münch. med. Woch. 1901*, Nr. 15) częściowy powrót do dawnego przetaczania (transfuzyi) krwi zwierzęcej na człowieka w celach leczniczych; pragnie on mianowicie wyzyskać pewne objawy kliniczne (zwłaszcza wzmożenie się łaknienia), zjawiające się u człowieka po wstrzyknięciu mu do żyły małej ilości (5·25 sz. ctm) krwi zwierzęcej. Autor ten jest zupełnie zadowolony ze swych doświadczeń, przedsięwziętych na osobnikach gruźliczych, którzy po takim zabiegu okazywali poprawę ogólnego stanu. Być może, że korzystne wyniki w tych przypadkach tłómaczyćby można w myśl zapatrywań Miecznikowa działaniem hemotoksyn w małych ilościach. W tym razie działyby hemotoksyny naturalne. Gdyby w dalszym ciągu sprawdziła się idea Miecznikowa, że cytotoksyny, zastosowane w małej ilości, działają wzmacniająco, podniecająco na odpowiednie komórki, otrzymalibyśmy szereg dzielnych środ-

ków leczniczych; a więc n. p. hemotoksynę dla różnych postaci chorób krwi, połączonych ze zmniejszeniem ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny; różnego rodzaju niedokrewności, błednicy i t. d.; hepatotoksyna mogłaby działać w pierwszych okresach chorób wątroby, połączonych z zanikiem miąższu i t. d. Obszar tych badań bardzo rozległy, a droga istotnie daleka.

Jeżeli pod tym względem znaczenie cytotoksyn stanowi jeszcze muzykę przyszłości, to w innych kierunkach już dzisiaj odkrycie ich przyniosło istotne a poważne korzyści. Na znaczenie ich dla bakteryologii, dla nauki o odporności, kładłem w ciągu niniejszego wykładu wyraźny nacisk, gdyż, jak dotąd, odkrycie cytotoksyn okazało się w tym kierunku najbardziej doniosłem. Chemia, mianowicie chemia fizyologiczna, zyskuje na podstawie tych odkryć nową drogę biologiczną do badań istoty białek, oraz różnicy pomiędzy pojedynczymi ich rodzajami, jakiej dotychczasowe środki i metody badania nie pozwoliły dostrzedz i wykazać. W tym kierunku sprawa precypityn jest dla tej nauki i wogóle biologii nieposledniej wagi.

Charakterystyczne własności precypityn postanowiono zużytkować do celów ściślejszych, mianowicie sądowo-lekarskich. Prawie równocześnie i niezależnie od siebie Uhlenhuth [29]) z jednej strony, a Wassermann i Schütze [30]) z drugiej, doszli na podstawie swych badań do przekonania, że swoistość precypityn jest tak ścisłą, iż na ich podstawie można rozróżniać poszczególne rodzaje krwi ze względu na ich pochodzenie, a w szczególności można odróżnić krew ludzką od zwierzęcej. Już hemolizyny i aglutyniny okazują wybitną swoistość z nielicznymi tylko wyjątkami; zastosowanie jednak tych własności do rozróżniania gatunków krwi wymagałoby do badania większej ilości i to niezmienionych ciałek czerwonych krwi, której pochodzenie chciałoby się oznaczyć. Precypityny dają strąt nietylko w czystej surowicy ludzkiej, lecz także w jej rozczynach w fizyologicznym płynie, a nawet w lakowatych rozczynach krwi znacznie rozcieńczonych. Co więcej udało się wspomnianym wyżej autorom otrzymać charakterystyczne strąty przez dodanie precypityn do wyciągów z plam krwawych nawet kilkomiesięcznych, a w ostatniej swej pracy nad tym przedmiotem wykazuje Uhlenhuth [31]), że dodatnie wyniki tego odczynu otrzymać można z krwią ludzką, gnijącą od trzech miesięcy, dalej z krwią zamrożoną, tlenkowęglową, z moczem miesiączkowym, wreszcie z wodą, w której prano szmaty krwawe ze słabo zasadowem mydłem. Postępowanie przy tem badaniu jest dość długie i zawikłane. Najpierw należy sobie przygotować surowicę czynną z charakterystyczną względem krwi ludzkiej precypityną, a to przez wstrzykiwanie królikowi co parę dni, 5—6 razy około 10 sz. ctm. surowicy, lub też odwłóknionej krwi ludzkiej, jaką można otrzymać, czy to z łożysk, czy też przez upust z żyły, lub z ciętych baniek. W kilka dni po ostatniem wstrzyknięciu zabija się królika, krew jego pozostawia się w odpowiednich naczyniach w chłodnem miejscu celem oddzielenia się surowicy. Badany płyn, jeżeli wprost nie jest surowicą krwi, co w przypadkach sądowo-lekarskich jest wykluczonem, powinien zawsze posiadać fizyozologiczną zawartość soli; w tym zatem celu rozpuszcza się badaną krew, lub też maceruje plamy krwawe w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (0,7%), lub też dodaje się do roztworów, względnie wyciągów wodnych, równą ilość podwójnego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (1,4%). Rozczyny krwi przygotowuje Uhlenhuth w stosunku 1: 100, względnie 1: 200

Tak surowica czynna, jak i badany płyn krwawy, muszą być bezwzględnie czyste i przejrzyste; w tym celu radzi Uhlenhuth wyciągi z plam krwawych, lub też rozczyny krwi nadgnitej, przesączać przez sączek Berkefelda, poczem płyn nietylko staje się przejrzystym, ale nadto i wolnym od drobnoustrojów. Do 4 lub 5 sz. ctm. takiego płynu daje się 6—8 kropli, względnie około $^1/_2$ sz. ctm. surowicy czynnej; strąt powstaje albo zaraz, albo po pewnym przeciągu czasu; przyspieszyć można jego zjawienie się przez wstawienie mięszaniny do cieplarki o 37° C., gdzie odczyn pojawia się najpóźniej po 20 minutach do jednej godziny. Surowica czynna powinna być ile możności zupełnie świeżą, aczkolwiek przechowana w zimnie nie traci swych własności po 14-tu dniach (Wassermann i Schütze), według Uhlenhutha nawet po trzech miesiącach; Uhlenhuth stwierdził nadto, że dodanie małej ilości kwasu karbolowego (0,5%) do surowicy czynnej nie spływa ujemnie na przebieg odczynu. By mieć zawsze surowicę czynną świeżą, poleca Uhlenhuth nie zabijać królika, szczepionego krwią ludzką, ale upuszczać mu tylko w razie potrzeby kilka sz. ctm. krwi, z której oddzieli się dostateczna ilość surowicy, potrzebnej do odczynu.

Wassermann i Schütze radzą słusznie przeprowadzić równocześnie badania kontrolujące. W tym celu badany płyn rozdzielają na dwie połowy; do jednej z nich dodają surowicy czynnej, do drugiej takąsamą ilość surowicy królika prawidłowego, nadto jeszcze przygotowują rozczyn krwi jakiegokolwiek zwierzęcia w tymsamym mniejwięcej stosunku, jak płyn badany, i dodają do niego również surowicy, czynnej względem krwi ludzkiej. Badanie w ten sposób przeprowadzone zdoła wykluczyć możebne błędy samej metody. Wspomnieni autorowie przeprowadzili szereg badań nad tą surowicą czynną z królika, szczepionego krwią ludzką, w kierunku swoistości odczynu, i przekonali się, że ta surowica nie daje strątu w żadnej krwi, pochodzącej z jakichkolwiek zwierząt domowych, a tylko Wassermann i Schütze otrzymali odczyn z krwią małpy, aczkolwiek mniej wybitny.

Okoliczność ta, ze stanowiska biologicznego bardzo zajmująca*), nie ma większego znaczenia w przypadkach sądowo-lekarskich.

Badania Uhlenhutha, oraz Wassermanna, Schützego zostały już potwierdzone przez Mertensa [32]), Sterna [33]), i Dieudonné [34]).

Ten nowy sposób rozróżniania gatunków krwi w przypadkach sądowo-lekarskich, polegający na własnościach precypityn, musi budzić niezwykłe zainteresowanie w kołach badaczy, zajmujących się medycyną sądową. Zainteresowanie to tłómaczy się przedewszystkiem zupełną prawie bezsilnością dotychczasowych sposobów i metod badania, służących do określenia pochodzenia krwi w śladach i plamach krwawych.

*) Friedenthal (*Arch. f. Physiol.* 1900), badając rozpuszczanie się ciałek krwi pod wpływem naturalnych surowic obcych zwierząt, zrobił ciekawe spostrzeżenie, iż krew małp niższych działa o wiele silniej w tym kierunku na krew małp wyższych, aniżeli krew tych ostatnich na krew ludzką.

Dotychczas posiadaliśmy dwie drogi, mające prowadzić do powyższego celu. Jedna polega na krystalograficznem zachowaniu się hemoglobiny różnego pochodzenia, druga na różnicach w kształcie i wielkości ciałek czerwonych poszczególnych gatunków zwierząt względem ciałek czerwonych ludzkich.

Co do pierwszego sposobu, to niestety nie da się on z reguły zastosować w praktyce. Istotnie hemoglobina różnego pochodzenia krystalizuje się odmiennie i z kształtu kryształów można wyciągać wnioski, z jakiego zwierzęcia, a względnie z jakiej grupy zwierząt, ten barwik krwi pochodzi. Aby jednak otrzymać kryształy hemoglobiny, potrzeba rozporządzać pewną już większą ilością krwi i to świeżej, niezmienionej, a warunek ten w praktyce sądowo-lekarskiej tylko chyba wyjątkowo może być spełniony. Hemoglobina bowiem, a zwłaszcza ludzka, szybko się rozkłada, a względnie zmienia się w ten sposób, że staje się niezdolną do krystalizacyi. Nadto cała metoda otrzymywania kryształków hemoglobiny jest tak zawikłaną i tak często bez wyraźnej przyczyny zawodną, że i z tego względu nie może ona służyć do celów praktycznych. Pomimo więc zalecania tego sposobu przez niektórych autorów, pomimo uproszczenia metod badania, tylko w wyjątkowych przypadkach będziemy mogli skorzystać z tej próby.

Badanie ciałek czerwonych krwi już częściej może doprowadzić do mniej lub więcej pewnych wyników. Przedewszystkiem w krwi zasuszonej w plamach lub śladach na różnych przedmiotach ciałka czerwone utrzymują się niekiedy bardzo długo i badaniem drobnowidowem dadzą się jako takie rozpoznać. Wykazawszy ciałka czerwone, możemy na podstawie ich budowy i kształtu oddzielić z góry znaczną grupę zwierząt, a mianowicie według tego, czy w tych badanych ciałkach stwierdzimy obecność jąder lub nie. Ciałka czerwone człowieka i wszystkich zwierząt ssących, z wyjątkiem wielbłąda, lamy i alpaki, są okrągłe i nie posiadają jąder; wszystkie zaś inne są eliptyczne, większe od poprzednich i posiadają jądro, uwidoczniające się pod drobnowidem, zwłaszcza po dodaniu kwasu octowego. Już ten ograniczony wynik badania może w pewnych razach być rozstrzygającym, niestety jednak, jest to jedyny pewny wniosek, dający się wyprowadzić z tego badania. Wprawdzie ciałka czerwone człowieka i zwierząt ssących różnią się między sobą jeszcze wielkością; to jednak pomiary tego rodzaju doprowadzić mogą co najwyżej tylko do domysłów i przypuszczeń, dalekich od pewności. Składa się na to cały szereg przyczyn. I tak różnice te w wielkości są wogóle bardzo nieznaczne i zamykają się w granicach kilku mikromilimetrów; dalej ciałka czerwone nawet tegosamego osobnika, a tembardziej różnych osobników tegosamego gatunku, nie są między sobą zupełnie równe, a zwłaszcza w pewnych stanach nieprawidłowych krwi różnice te mogą być stosunkowo dość znaczne, a wreszcie w zaschniętej krwi ciałka czerwone kurcząc się, zmieniają swą wielkość, a żadne odczynniki, t. zw. „regenerujące", nie są zdolne przywrócić im absolutnie pierwotnego kształtu i rozmiarów. Słusznie też Däubler [35]) na podstawie swych sumiennych studyów, które własnemi badaniami w zupełności mogę potwierdzić, dochodzi do przekonania, że mierzenie ciałek czerwonych niema żadnej wartości dla oznaczenia pochodzenia krwi pojedynczych ssawców i człowieka. Z innych sposobów odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej posiada już tylko historyczną wartość metoda, polegająca na różnicy woni krwi pojedynczych gatunków, wywołanej obecnością lotnych kwasów tłuszczowych. Również i przypuszczenie Corina [36]), iż wykazanie w badanej krwi ciałek białych z ziarniną neutrofilną dozwoli rozpoznać ją jako ludzką, upadło, gdy przekonano się, że podobną ziarninę napotyka się i to nierzadko w ciałkach białych krwi zwierzęcej. (Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Otto Küstner: **Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie.** (Jena, 1901. Verlag von Gustav Fischer. Str. 465).

Nowy podręcznik ginekologii, wydany przez Küstnera, jest pracą zbiorową. Oprócz wydawcy, który opracował lwią część materyału, autorstwo niektórych rozdziałów wzięli na siebie Bumm, Doederlein, Gebhard i Rosthorn.

Mimo istnej powodzi nowych podręczników, wydanych w Niemczech w ostatnich dwóch dziesięcioleciach, nową książkę Küstnera powitać musimy jako bardzo cenne i bardzo potrzebne wzbogacenie tego rodzaju piśmiennictwa ginekologicznego. Nie wiem, czy inny dział nauk lekarskich doznał w ostatnich dwudziestu latach tak wybitnych i radykalnych zmian w zapatrywaniach, jak właśnie nauka o chorobach kobiecych. Dość wspomnieć tak niedawny jeszcze radykalizm w operowaniu zapalnie zmienionych przydatków macicznych, lub entuzyazm, z jakim witano nowe zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie tyłozgięcia macicy, — z dziś panującem otrzeźwieniem na tem i na tamtem polu, ażeby zrozumieć, jak zasadniczo zmienić się musiał ton podręcznika ginekologii w ostatnich czasach.

Dodajmy, że niektóre jeszcze przed paru laty wszechwładnie panujące metody operacyjne, jak wyjęcie rakowatej macicy przez pochwę, są dziś zachwiane przez słuszną zresztą tendencyę usuwania rakiem zajętych gruczołów chłonnych, — że ostatnie lata przyniosły nam dopiero należyte anatomopatologiczne opisy nowotworu, zwanego „deciduoma malignum", dalej, że dzięki licznym pracom, zwłaszcza Wilmsa, poruszono nowe, z teoretycznego punktu widzenia niezmiernie interesujące zapatrywania na tak zwane torbiele skórzakowe jajników, że wreszcie terapeutykę wzbogacono licznemi nowemi metodami, a zrozumiemy, że na każdem niemal polu dokonał się lub dokonywa przewrót zasadniczy.

Nowy podręcznik uwzględnia naturalnie ten przewrót, daje nam obraz dzisiejszego stanu nauki i to w sposób zwięzły, jasny i w przeważnej liczbie rozdziałów bardzo zajmujący.

Podział materyału jest logiczny i lepszy, niż w dawnych podręcznikach ginekologii. Po nieco może zanadto pobieżnem przedstawieniu anatomii i topografii części rodnych, następuje krótki rys ich rozwoju i w związku z tem doskonale opracowane wady rozwojowe. Następne rozdziały poświęcone są patologii i terapii poszczególnych części składowych narządu rodnego w ogólności, w myśl dawnego podziału anatomicznego. Z wielką starannością opracowano ustęp o wadach w położeniu macicy, zwłaszcza o tyłopochyleniach i tyłozgięciach. W wielkim sporze o znaczenie tych zmian stoi Küstner po stronie tych ginekologów, którzy uważają tyłozgięcie za cierpienie ważne, będące źródłem licznych, często ciężkich objawów. Temu stanowisku autora zawdzięczamy też bardzo wyczerpujące zestawienie sposobów leczniczych. Uderzającym jest natomiast brak ustępu o patologicznem przodozgięciu macicy, tak wrodzonem, jak i nabytem. Zdaniem autora, taka zmiana w położeniu wcale nie istnieje. Stanowisko to Küstnera jest tem dziwniejsze, ile że właśnie w ostatnich czasach pojawiają się propozycye operacyjnego leczenia tej zmiany w położeniu, której przeważna ilość ginekologów przypisuje ważne znaczenie, zwłaszcza ze wzglę-

du na niepłodność i bolesne miesiączkowanie. Brak wszekiej wzmianki o przodozgięciu daje się dotkliwie uczuwać i sądzę, że podręcznik byłby na tem zyskał, gdyby autor, warując swoje stanowisko, podał był cudze w tym względzie zapatrywania. Również o zwężeniu szyjki macicznej i ujścia zewnętrznego, a co za tem idzie, o dyscysyi szyi, znajdujemy zaledwie kilka słów, co jest tem trudniej zrozumiałe, ile że właśnie w tych słowach autor operacyę tę zaleca, wcale jej nie opisując. Doskonale i „con amore“ opracował autor rozdział o wynicowaniu macicy; zadziwiać to nie może, jeśli się uwzględni, że właśnie tu zawdzięczamy Küstnerowi doskonałą metodę operacyjną, zasługującą ze wszech miar na rozpowszechnienie.

Ustęp o włókniakach, pióra Döderleina, odznacza się niezwykle jasnym i zajmującym wykładem, podobnie jak rozdział o raku macicy, pisany przez Küstnera. Że autor, spisując rozwój metod operacyjnych, nie zapomniał nawet w „krótkim podręczniku“ o zasługach Rydygiera, jest wprawdzie naturalnem i nie zasługiwałoby na specyalne podniesienie, gdyby nie to, że w ostatnich czasach spotkaliśmy się niestety w monografii, traktującej o tym przedmiocie, z opuszczeniem tego nazwiska.

Rozdział o sprawach zapalnych trąbek (Döderlein) jest pod każdym względem doskonały. Cechuje go wybitny skeptycyzm w rokowaniu, *quoad valetudinem completam*, zachowawczość w leczeniu, odpowiadająca zapatrywaniom ogromnej większości ginekologów i radykalizm w operowaniu. Operować powinno się więc, zdaniem autora, rzadko; jeśli zaś uniknąć tego nie można, wtedy, o ile to być może, najradykalniej. W sprawie leczenia ciąży zamacicznej, która już wytworzyła krwistek, zajmuje Döderlein również stanowisko zachowawcze i zaleca nie operować w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z typowem poronieniem trąbkowem. Czy zachowawczość tutaj nie jest zbyt daleko idącą, czy nasze środki rozpoznawcze pozwolą nam zawsze rozpoznać typowe poronienie trąbkowe, czy wreszcie raz i drugi w przebiegu tego poronienia nie przyjdzie do pęknięcia trąbki, jak to widziałem w przypadku, operowanym przez prof. Jordana, oto pytania, które się nasuwają.

Po wyczerpującem przedstawieniu chorób jajników (Gebhard) następują rozdziały o cierpieniach tkanki okołomacicznej i otrzewnowej, ze szczególnem uwzględnieniem sprawy zrostów i następowych powikłań ze strony przewodu pokarmowego (Küstner), dalej choroby cewki i pęcherza, przedstawione jasno i zrozumiale, wreszcie osobny rozdział poświęcono przetokom pochwowym.

Następują rozdziały o rzeżączce u kobiet (Döderlein) na 10 stronach i o gruźlicy części rodnych kobiecych (Rostborn) na 21 stronach. Oba te rozdziały uważać musimy za niezmiernie pożądane, a jeżeli wolelibyśmy, żeby ze względu na praktyczną doniosłość i częstość tych cierpień rozdział o rzeżączce był obszerniejszy, o gruźlicy zaś mniejszy, to nie jest to zarzut zasadniczy, tem mniej, że oba rozdziały opracowane są doskonale.

Ustępy te, podobnie jak rozdział Bumma o posocznicy, zbierają w jedną całość to, co w praktyce rzeczywiście całość stanowi, a co w wielu podręcznikach, zwłaszcza małych, trzymających się podziału anatomicznego, rozrzuconem jest po całej książce. Co prawda, przeczytawszy te rozdziały, spodziewaliśmy się znaleźć ustęp o niepłodności u kobiet, tak niezmiernie ważny ze względu na praktyczną doniosłość tego cierpienia. Zamiast niego znaleźliśmy w rozdziale o ogólnej symptomatologii ginekologicznej ustęp na dwóch stronach druku, omawiający sprawę niepłodności, nieco, zdaniem mojem, za pobieżny. W tym samym rozdziele mówi Küstner o bolesnem miesiączkowaniu. Uderzającem jest prawie zupełne pominięcie mechanicznych przyczyn tego objawu, które Sims w znakomitym swoim podręczniku wysunął na plan pierwszy. Zdaniem Küstnera prawie zawsze jakiś stan zapalny w częściach rodnych jest przyczyną bólów podczas miesiączki. Zdanie to stoi naturalnie w związku z zapatrywaniem autora na patologiczne przodozgięcie, o którem wyżej wspomniałem.

Rozdział o metodach rozpoznawczych w ginekologii (Küstner) wyszedł wyraźnie z pod pióra niezmiernie doświadczonego i doskonałego pedagoga. Z naciskiem podnosi autor potrzebę łagodnego badania, dodając na końcu nie bez pewnego sarkazmu: „Die Diagnose muss doch wenigstens ungefährlich sein!“ Nie pominięto również rozpoznania drobnowidowego.

Książkę kończą rozdziały o antyseptyce i aseptyce (Bumm) i o ogólnych metodach leczniczych w ginekologii, między innemi o mięsieniu i leczeniu elektrycznością.

Całość robi niezmiernie dodatnie wrażenie i tchnie życiem, tak, że czuje się, iż autorowie to nietylko pedagodzy, idący z postępem nauki, ale nadto pracownicy, którym ginekologia w niejednym szczególe postęp swój dzisiejszy zawdzięcza.

Książka ucierpiała, zdaniem mojem, przez to, że wydana została siłami zbiorowemi. Stwarza to pewną nierówność nietylko co do rozległości poszczególnych rozdziałów (n. p. rzeżączka i gruźlica), ale i co do sposobu przedstawienia przedmiotu. Podczas gdy jeden z autorów w dziale, przez siebie opracowanym, unika wymieniania nazwisk autorów i posuwa się tak daleko, że nie wspomina nawet Wilmsa, mówiąc o t. zw. skórzakach jajnika, inny przytacza cały szereg nazwisk, nieporównanie mniej ważnych. Podczas gdy jeden nie zapuszcza się z zasady w dziedzinę hipotez, sądząc, że w „krótkim podręczniku“ niema dla nich miejsca, inny przedstawia hipotezy wyczerpująco. Nie brak również i sprzeczności. Podczas gdy Küstner na str. 325, mówiąc o zapobieganiu zrostom otrzewnowym, słusznie radzi wszystkie rany, podczas zabiegów w jamie brzusznej powstałe, skrzętnie pokrywać otrzewną, Gebhard na str. 301, opisując bieg owaryotomii, nie wspomina słowem o pokryciu przeciętej szypuły otrzewną.

Wreszcie słowo o rycinach. Niektóre z nich są rzeczywiście doskonałe (n. p. w dziale o włókniakach); inne stanowczo zamało wyraźne, zwłaszcza dla nieznającego przedmiotu. Niektórych rycin brak, n. p. sromu i macicy w ustępie o ich anatomicznej budowie, inne podano zupełnie niepotrzebnie, n. p. ryc. 189, przedstawiającą mięśniaka jajnika, który przecież, przynajmniej na tej rycinie, niczem się nie różni od mięśniaków innych części ciała.

Zarzuty te nie są naturalnie zasadnicze i nie zmieniają zdania o wybitnej, rzetelnej pedagogicznej wartości nowego podręcznika. *Prof. Al. Rosner.*

IV. Wyciągi.

Ziemssen (Wiesbaden). **Dlaczego kiła mózgu bywa trudniej uleczalną?** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 18, 1901). Jedną z najgłówniejszych przyczyn jest niedostatecznie przeprowadzone leczenie przeciwkiłowe rtęcią w okresach początkowych, z obawy przed ewentualnem pojawieniem się różnych cierpień układu nerwowego środkowego i obwodowego. Wielu bowiem lekarzy upatruje w rtęci „agens provocateur“ cierpień nerwowych i dlatego jej nie stosują z należytą dokładnością. Drugą niemniej ważną przyczyną jest trudność w rozpoznaniu kiły mózgowej, tembardziej, że większa część tych chorób rozpoczyna się objawami nieznacznymi, — wreszcie także i wyniki niepomyślne. Wobec tego autor gorąco zaleca w każdym przypadku przeprowadzić jak najskrupulatniejsze leczenie rtęcią i dochodzić do możliwie wysokich dawek, albowiem tylko w ten sposób można działać zapobiegawczo. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Boas (Berlin). **O utajonych krwotokach żołądkowych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 20, 1901). Krwawienia żołądkowe pojawiają się albo w postaci obfitych krwotoków, albo też jako małe wybroczyny z naczyń włoskowatych, lub mniejszych owrzodzeń; utajone zaś krwawienia występują w przebiegu typowego wrzodu żołądkowego, guzów, skłonnych do rozpadu, lub wreszcie przy silnie rozwiniętej zastoinie; oczywiście przy zejściu się dwóch lub trzech czynników skłonność do krwawień staje się większą. Rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego nie można im przypisać

większe już znaczenie przypisuje autor utajonym krwawieniom w przebiegu raka żołądkowego: we wszystkich badanych 20 przypadkach raka udało się je napotkać — objaw, który chyba nie może być przypadkowy. Wprawdzie idzie tu o bardzo małe ilości krwi, ale pojawiając się zbyt często, stają się niebezpiecznymi dla chorego, i w tem też Boas upatruje najważniejszą, — bodaj czy nie wyłączną, — przyczynę wywiązującego się następowo charłactwa rakowego. Zarówno i korzystne skutki gastroenterostomii, po której chorzy zyskują na sile i wadze, są nietylko wynikiem usunięcia mechanicznych przeszkód, lecz także następstwem zupełnego niejako zatamowania przewlekłych, lecz zwolna do osłabienia prowadzących utajonych krwawień. *Dr. Henryk Pisek.*

Daxenberger (Ratyzbona). **Leczenie zapalenia opon mózgowych zapomocą** *Unguentum argent. colloid. Credé. (Klin. therap. Wochs.* Nr. 19, 1901). Na podstawie trzech przypadków chorobowych, leczonych z pomyślnym skutkiem, autor sądzi, że żadnemu innemu czynnikowi nie może przypisywać tak korzystnego zwrotu, jak maści Credégo, tembardziej, że stosując przedtem w 15 innych podobnych przypadkach wszystkie dotychczas używane leki i zabiegi, wynik miał mimo to niepomyślny, — wobec czego uzasadnione jest twierdzenie, że maść Credégo jest niejako swoistym lekiem w zapaleniu opon mózgowych, tak gruźliczem, jak i zwykłem. Być może, że zabiegom wodoleczniczym, zarówno jak i higieniczno-wzmacniającym, nie można odmówić pewnego wpływu dodatniego, w każdym razie tylko drugorzędnego, jak dowodzą poprzednie przypadki, które bez stosowania maści Credégo zakończyły się śmiercią; — atoli wyniki pomyślne po stosowaniu maści nie mogą być przypadkowe. Przechodząc do sposobu używania tej maści, podaje autor, że wciera się ją kolejno w kończyny nakształt szaruchy w dawkach 2—3 grm. 2 razy dziennie, odpowiednio do wieku chorego i ciężkości przypadku, a po niejakim czasie raz dziennie. Zwykle wystarcza 10—20 grm. Jednym z głównych warunków otrzymania korzystnego wyniku jest dokładny sposób stosowania wcierań, z których każde ma trwać co najmniej 15 minut; — lekkie zapalenie powłok skórnych nie jest przeciwwskazaniem. Już po krótkim czasie zauważyć można zniżkę ciepłoty ciała i zmniejszenie się drgawek; — stosowanie zaś w międzyczasie chłodnych kąpieli wpływa nader wzmacniająco na cały układ nerwowy i przyczynia się do szybszego wessania maści. Może się zdarzyć, że w niektórych przypadkach zapalenia opon i to postępowanie nie doprowadzi do celu, warto je natomiast przynajmniej dla próby zastosować. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Bourget (Lozanna). **Kliniczne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Klin. therap. Wochens.* Nr. 20 i 21, 1901). Aż do roku 1885 cierpienie to należało do zakresu internisty: — leczono je zapomocą pijawek, okładów ciepłych, środków przeczyszczających, maści itd. i jakoś dobrze z tem było; aż w roku 1885 wystąpiła chirurgia na pierwszy plan., tłomacząc, że każdy obrzęk lub większy opór w okolicy jelita ślepego, przebiegający z podniesioną ciepłotą ciała i ogólno-zakaźnym stanem, kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego. Występowali wprawdzie przeciw temu Sahli, Revillod i t. d., ale był to głos wołającego na puszczy, — skoro jeszcze w dodatku zapomocą wydoskonalonej techniki chirurgicznej statystyka wykazywała 0·5% śmiertelności: proponowano nawet zapobiegawcze wycięcie wyrostka robaczkowego. Chirurgia więc wyrostka robaczkowego i jelita ślepego doszła prawie do swego szczytu; inaczej atoli rzecz się ma z patogenezą tego cierpienia. Co się tyczy leczenia, to chirurdzy zalecają lód i makowiec. Być może, że te zabiegi skutecznie działają na powierzchowne ropnie, nigdy jednak na głębsze; — badania bowiem, dokonane przez Lauder-Bruntona, wykazały podniesienie ciepłoty ciała królika, skoro dostanie na brzuch worek lodowy. W zapaleniu więc wyrostka robaczkowego lód wywiera wprost przeciwne działanie, a podawanie makowca jest — zdaniem autora — nielogiczne, jeśli się przyjmie, że przeważna liczba tych zapaleń powstaje skutkiem zastoju kału w jelicie ślepem, albowiem, podając makowiec, zwiększa się tylko zaparcie stolca: mniemanie zaś, że przez uspokojenie jelit wytworzą się szybciej zrosty, jest również płonną nadzieją; — w płucach n. p. zrosty wytwarzają się bardzo łatwo, pomimo rytmicznych oddechów. Natomiast zaniedbują chirurdzy środki, zalecane przez internistów: pijawki, olej rącznikowy pod grozą przedziurawienia jelit, ciepłe okłady, rtęć, jod, maść ichtyolową lub wlewania. Dopiero od 3—4 lat wyraźnie przygasa zapał operacyjny: — jedni radzą operować po zupełnem ustąpieniu ostrych objawów, drudzy — by wykonać operacyę dwuczasowo; inni wreszcie każą czekać z zabiegiem operacyjnym tak długo, jak długo tylko można.

Według autora nie rozpoczyna się zapalenie wyrostka robaczkowego nagle, lecz zwolna; — dotyczące osoby cierpią długo przedtem na zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nadmiar kwasoty i zaparcie stolca naprzemian z biegunką). Z uwagi jednak, że najczęstszą przyczyną jest zaparcie stolca, należy przedewszystkiem uregulować dyetę: zalecić dyetę mieszaną, bardzo mało mięsa, a dużo jarzyn lub gotowanych owoców, legumin i ciast; — męsienie brzucha, wystrzegać się zbyt zimnych napojów; nadmiar kwasoty żołądkowej zwalcza się przez podawanie alkaliów na szczycie trawienia, wypróżnienia zaś wprowadza się na właściwe tory przez stosowanie soli karlsbadzkiej (rano jedna łyżeczka w ciepłej wodzie), lub olejku rącznikowego. Leczenie omawianego cierpienia opiera się dalej na desinfekcyi żołądka i jelit i na wypłókiwaniu jelita grubego. Bez względu na to, czy przypadek chorobowy jest ciężki, czy lekki, otrzymuje chory zupę z mączki owsianej, ryż, jaja, lekką herbatę z małą ilością mleka, — nadto dziennie 15—20 grm. olejku rącznikowego, w którym znajduje się 1 grm. salacetolu, a w przypadkach silniejszych zaburzeń żołądkowych należy wypłókać żołądek 1% rozczynem dwuwęglanu sodowego. Do płókań kiszek używa autor ciepłego (38°) roztworu 4% ichtyolu z domieszką oliwy i 1% mentolu, tymolu lub metylu salicylowego; — zabiegi te powtarza się dwa razy dziennie (rano i wieczorem), w międzyczasie zaś okłady ciepłe z siemienia lnianego na okolicę jelita ślepego; — w razie nadmiernego obrzęku 5—6 pijawek. Po dwóch lub trzech dniach zastępuje się olejek rącznikowy następującym płynem:

Rp. Natrii bicarbon. puri
Natrii phosphorici anhydrici
Natrii surfurici anhydrici aa 5·00
Aq. destillatae 1000·00
M. D. S. W ciągu dnia użyć 150 grm. w 2—3 porcyach.

Liczne doświadczenia stwierdziły, że już po kilku wlewaniach ustępuje bolesność, wielkość i twardość obrzęku maleją, a nudności i wymioty znikają już po 24 godzinach. Po 8—10 dniach ostre objawy zupełnie znikają, a wówczas można ewentualnie myśleć o zabiegu operacyjnym. *Dr. Henryk Pisek.*

H. Lorenz. **Ostateczne wyniki przy doszczętnem operacyjnem leczeniu nowotworów odbytnicy.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Zbadawszy dokładnie materyał z kliniki Alberta za czas od 1 stycznia 1887 do 15 lutego 1901, obejmujący 158 operacyj doszczętnych raka, mięsaka i nabłoniaka odbytnicy i rzyci, znalazł autor, że w 16% osiągnięto trwałe wyleczenie, t. j. że w trzy lata po operacyi chory żył bez nawrotu cierpienia. Termin ten jest tylko w przybliżeniu ścisły, — gdyż pomiędzy swoimi chorymi znalazł dwóch takich, u których nawrót nowotworu wystąpił w 6, wzgl. w 6½ roku po operacyi. Obok tego podaje autor szczegóły, odnoszące się do techniki operacyi i leczenia następowego, szczegóły mniej więcej powszechnie znane. *Herman.*

Doc. Kukula. **Badania nad samozatruciem w niedrożności jelit.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Jest to praca doświadczalna, wykonana z zamkniętą treścią kałową w pętli jelitowej, na zwierzętach, a zmierzająca do wykazania ciał toksycznych, które wessane z jelit, wywołują cały szereg znanych objawów, towarzyszących kardynalnym objawom niedrożności przewodu pokarmowego, a o których dziś wiemy, że nie są one przyrody odruchowej, nerwowej. Mimo licznych badań, nie udało się autorowi ani w przybliżeniu rozświetlić sprawy i do żadnych dojść wniosków dodatnich. Może z pożytkiem pracę tę przeczyta ten, kto na nowo podjąć zechce badania w tym kierunku. *Herman.*

Prof. A. E. Baerker. **W sprawie szwu rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). B. z zasady zaleca każdemu choremu ze złamaniem rzepki zszycie odłamków. Obmyślił on i wypróbował na 21 przypadkach własną metodę szwu podskórnego. Przedewszystkiem przez podłużne nakłócie więzadła właściwego rzepki, sięgające aż do stawu, wypuszcza krew wynaczynioną. Następnie przez otwór ten wprowadza poza tylną powierzchnię rzepki, a zatem przez staw, odpowiednio grubą i długą igłę, zwróconą uszkiem ku górze. Igłę, względnie jej uszko, wypukla przez mięsień czworogłowy tuż ponad podstawą rzepki; nad igłą nacina skórę, poczem mając ją na powierzchni, nawleka mocny drut, i cofając igłę przeciąga go po tylnej powierzchni do dolnego otworu. Uwolniwszy igłę, przeprowadza ją teraz po przodkowej powierzchni rzepki podskórnie i wyprowadza znów uszko przez górny otwór, w nie zawleka drugi, wolny dotychczas koniec drutu, i cofając igłę i ten drugi koniec, wyprowadza przez dolny otwór. Po dokładnem dostosowaniu odłamków okręca około siebie oba wolne końce drutu, obejmując i ustalając odłamki rzepki jedną pętlą, obejmującą przodkową i tylną powierzchnię rzepki. Drut, przebiegający przez staw, zwykle chorym nie dolega. W ostateczności można go łatwo wydobyć po 2—3 miesiącach. Obie ranki zaszywa i zakłada tylko zwykły opatrunek aseptyczny. Już w drugim tygodniu każe B. chorym wykonywać ruchy czynne. *Herman.*

Rumpf (Bonn). **W sprawie złośliwej niedokrewności.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 18, 1901). Po wyczerpującem omówieniu etyologii tej choroby dochodzi autor do wniosku, że głównym czynnikiem, powodującym znamienne cechy niedokrewności, jest utrata wody i nadmierny ubytek potasu we krwi. Ostatnia okoliczność skłoniła też wielu badaczy do stosowania w tych przypadkach łatwo wessalnych soli potasowych w połączeniu z przetworami żelaza (pigułki Blauda). Atoli już w tych pigułkach tworzy się nowy związek chemiczny, siarkan potasowy, który szybko zostaje wydalony z ustroju, — bardzo więc mało wpływa na sprawę chorobową. (Autor jednak nie proponuje innego przetworu potasowego. Przyp. spraw.).

Dr. Henryk Pisek.

V. Pierwsza dekada Zjazdów chirurgów polskich.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Poprzednio już zastrzegłem się, że nie mam zamiaru wdawać się w krytyczną ocenę tych wykładów; odstępuję również od myśli streszczania choćby ważniejszych, bo to byłoby już pewnego rodzaju krytyką i przekroczyłoby znacznie ramy zamierzonej pracy. Aby jednak dać wyobrażenie tym, którzy tych Zjazdów nie znają, co na nich dotychczas zdziałano lub zdziałać usiłowano, w krótkości przedstawię co przeważnie i kiedy chirurgów naszych zajmowało. Przedstawienie to prowadzić będę wedle powyżej cyfrowo zaznaczonego szematu.

I. Chirurgia ogólna.

O sprawach najbardziej i ciągle obchodzących chirurga t. j. *o anty- i aseptyce* mówiono niemal na wszystkich Zjazdach. Drukrotnie wyłożono zasady aseptyki praktycznie i wszechstronnie, kiedy na I Zjeździe Rydygier, a na X Kader opisywali swą klinikę, oprowadzając po gmachu w r. 1889 dopiero co wzniesionym, w r. zaś 1900 od nowa przebudowanym. Rozmaite pojedyncze szczegóły aseptyki lub antyseptyki rozwiązują odczyty Bogdanika I, Wehra I, VII, VIII, Kryńskiego V, Kozłowskiego VII, Borzymowskiego X, Wattena X [1]) i in. Nie mniej wszechstronnie zajmowano się drugą ważną kwestyą t. j. sprawą *znieczulania w chirurgii.* Zatem o narkozie chloroformowej mówili Hempel II i Wachholz III, o narkozie eterowej Szuman VI, Barącz III o bromku etylu, a Gabryszewski IV o kokainie. O t. z. *chirurgii wojennej* mówili Wehr I, Bogdanik II i Wołkowicz III, o *operacyach plastycznych* Sawicki II i Gabryszewski VII. W wielu odczytach omawiano patologią chirurgiczną. Często poruszaną była sprawa *promienicy* (actinomycosis). Do wyświetlenia patogenezy i rozpowszechnienia wiadomości o tej infekcyi znakomicie przyczyniły się wykłady Bujwida I. Barącza I i X, Wehra I, II, IV, Rydygiera II, VII. Kijewskiego II. Nie mniej często na porządku dziennym stawała ciągle piekąca sprawa *gruźlicy chirurgicznej.* Z wielu wykładów wymienić należy odczyty Jasińskiego I, Łepkowskiego II, Droby IX i w. in. Sprawa *etyologii i patogenezy raka* wywołała żywe zainteresowanie dzięki wykładom Browicza IV, V, Wehra IV, V, Hempla I, Kryńskiego V. Nadto wygłoszono cały szereg wykładów, zapoznających ogół chirurgów z cierpieniami rzadszymi. Z wielu wymieniam wykład *o śródbłoniakach* (Ruff VIII), *o nosaciźnie* (Jakowski I), *o trądzie* (Skowroński VII), *o molluscum contagiosum* (Wehr III, Barącz IV). Podczas każdego niemal Zjazdu przedstawiali to Rydygier. to Obaliński sami lub ich asystenci rozmaite nowe narzędzia i przyrządy i objaśniali ich użycie. Rzecz mała pozornie, ale wielkiej wartości praktycznej. Każdy bowiem naocznie przekonać się może o praktyczności jakiegoś przypuśćmy drogiego narzędzia, reklamowanego na wielką skalę, a w rzeczywistości mającego małe zastosowanie w praktyce. Lub też naodwrót dowie się o istnieniu jakiegoś narzędzia, którego pojawienie się przeoczył, a które w życiu codziennem nieocenione oddać może przysługi.

II. Chirurgia głowy i szyi.

Z programów, zwlaszcza początkowych Zjazdów, wyszczególnić należy parę wykładów treści ogólnej, teoretycznej, nie pozostających w bezpośrednim związku z praktyką chirurgiczną, ważnych jednak z tego względu. że pogłębiają podstawy naukowe naszej specyalności Wykłady te weszły na porządek dzienny dzięki staraniom Prezesa. Przypominam tu w pierwszej linii wykład Cybulskiego I *„o ucisku mózgu“*, Becka II *„sposób oznaczania lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych“*, Kostaneckiego VIII *„o przetokach skrzelowych“* i t. d. Zresztą z zakresu ścisłej chirurgii mózgu wykładów nie wiele. Różne uboczne względy sprawiają, że dział ten u nas odłogiem leży. *„O przepuklinach mózgowych“* mówili Sawicki IV i Bossowski VIII i IX, *„o ranie postrzałowej mózgu“* Krasowski IV i Obaliński VII, *„o ropieniu w mózgu“* Wehr VII, *„o kraniotomii z powodu padaczki i niedołęztwa umysłowego“* Stępiński VII, *„o obrażeniach czaszki prostych i powikłanych“* Dobrucki I i Wachholz VIII. Tak się przedstawia dokładny spis wykładów z tego zakresu. Kilka wykładów poświęcono doszczętnemu operacyjnemu leczeniu *ropnego zapalenia ucha środkowego* (Jasiński VII, Barącz VII. Guranowski X, Heimann X). *O operacyach osteoplastycznych na szczęce dolnej* mówili Gabryszewski IV i Obfidowicz IV. Najczęściej w tym dziale rozprawiano *o leczeniu wola* (Obaliński I. Rościszewski I, Obfidowicz IV, Kader VI, Gabryszewski VIII). W pozostałych kilkunastu tu należących wykładach omawiano kazuistyczne przypadki *tętniaków na tętnicach dogłowowych* (Ziembicki II, Bossowski II), *uszkodzeń* tych tętnic (Wehr I), Sawicki na II Zj. mówił *o krwistych torbielach szyi*, Barącz na tym samym Zj. omawiał własną metodę operowania *polipów noso-gardzielowych* a Rydygier II omówił kilka *rzadszych chorób języka.* Na IV Zj. ostatnio wymieniony prelegent objaśniał przypadek *polipa włóknistego pozaszczękowego.* Kilkakrotnie zastanawiano się nad niektóremi cierpieniami krtani i ich operacyjnem leczeniem (Langie I, Pieniążek I, V. Gross II).

III. Chirurgia klatki piersiowej i jej trzewów, kręgosłupa i sutka.

Z wykładów, w tym dziale wygłoszonych, największe zainteresowanie obudziły prelekcye *o chirurgicznem leczeniu zapaleń ropnych w śródpiersiu tylnem.* Na ten temat wykładali Ziembicki na VI, a Kryński na VII Zj. ch. p. Z aplauzem przyjęto wykład *Kijewskiego IX* z dziedziny chirurgii przyszłości: *o wycinaniu płuc. O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej* mówił Gabryszewski IV, *o promienicy kla-*

[1]) Cyfra rzymska obok nazwiska wskazuje liczbę porządkową Zjazdu, na którym dany odczyt został wygłoszony.

tki piersiowej i płuc Barącz II, *o wysiękach opłucnowych* Niecieński VIII. Kilka wykładów poświęcono chorobom kręgosłupa, a więc Bohosiewicz II omawiał przypadki *guzów wrodzonych w okolicy kości krzyżowej*, Jasiński I, Gross II, Trzebicky II, Krasowski V, mówili *o bocznych skrzywieniach kręgosłupa, o laminektomii* Jasiński VII i Sawicki X, *o leczeniu garbu sposobem Cálota* Rydygier IX i Krasowski IX, *o chirurgii sutka* mówił tylko Rydygier na V Zj. ch. p.

IV. Chirurgia jamy brzusznej.

Rozdziału tego nie można inaczej rozpocząć, jak od wyliczenia wykładów, traktujących *o chirurgii żołądka*. W tej kwestyi na dziesięciu zjazdach mówiono 11 razy. (Rydygier VII i X, Obaliński II i VIII, Hempel I, Kader VII i VIII, Rutkowski IX, Trzebicky IX, Gluziński A. X. Rencki X.) Omawiano technikę operacyjną, wskazania do operacyi i wyniki pooperacyjne. Również żywo rozprawiano *o wycinaniu jelit* i *o szwie jelitowym* (Barącz I, III, IV, IX, Bogdanik I, Schramm II, Leszczyński II, Bossowski II, X, Ciechomski II, Łucki IV, Steuermarck IV, Podgórski III, Majewski IV, Rydygier IX). Kilkakrotnie dysputowano nad sprawą *doszczętnego leczenia przepuklin wolnych i uwięzniętych* (Sawicki II, Stankiewicz III, Bossowski VII, Wołkowicz VII, Bogdanik VIII, Trzebicky IX, Czajkowski X). W sposób wyczerpujący temat omawiano sprawę *wykluczenia jelit*, sprawę mającą większe znaczenie teoretyczne, niż praktyczne. Dyskusye wywołały wykłady Kleckiego V, Barącza VI, Obalińskiego VIII. *O guzach krwawnicowych* mówili Trzebicky I i Kozłowski VI. Od niedawna dopiero rozwijać się poczynające chirurgiczne leczenie *zapaleń wyrostka robaczkowego* żywo zainteresowało naszych chirurgów, czego wyrazem są wykłady Rutkowskiego VIII, Kleckiego IX, Rydygiera IX i X, Mieczkowskiego X i nad wykładami tymi przeprowadzone wyczerpujące dyskusje. Z luźnych wykładów pokrewnego tematu wymienić należy Solmana I *(torbiele krezki)*, Trzebickiego II *(paracenteza jamy brzusznej)*, Gluzińskiego A VII *(objawy przedziurawienia jelit)*, Rydygiera IV i VI *(rany przepony i laparotomia)*, Obalińskiego III *(dyagnostyka guzów jamy brzusznej)*, Gabryszewskiego V *(guzy powłok brzusznych)*, Kryńskiego VI i IX *(chirurgiczne leczenie zapaleń otrzewnej i wpływ oddzielenia krezki na żywotność jelita)*, Barącza IX *(torsio omenti)* i Ciechanowskiego IX *(postronki śródotrzewnowe)*. Z powodu wszechstronnej, przez parę posiedzeń toczącej się dyskusyi, w której brali udział obecni wówczas interniści — wymienić należy odczyt Obalińskiego V *o niedrożności przewodu pokarmowego*.

Chirurgia wątroby i dróg żółciowych u nas jeszcze w zawiązku, bo brak nam odpowiedniego materyału, doczekała się, mimo tych niekorzystnych okoliczności kilku wykładów (Rosner II, Bogdanik VII. Kader VIII, Bossowski IX, Urbanik IX, Browicz X, Reichmann X, Krajewski X, Szuman X). Ubogą natomiast okazuje się literatura *trzustki;* mamy do zanotowania tylko 2 wykłady: Drobnika VII *(torbiele)* i Sawickiego X *(ropnie)*.

V. Ginekologia operacyjna.

Jak na zjazdy chirurgów — dział ten stosunkowo bardzo obfituje w wykłady — a z tych wiele posiada znaczenie zasadnicze. Myślę o rozprawach nad postępowaniem operacyjnem wobec *włókniako-mięśniaków macicy*. Ścierały się na tych zjazdach zdania różne i wyrabiały nowe metody. Na ten temat przemawiali: Rydygier I, II, VI, Obaliński VI, Jordan VII, Rosner VIII, Ziembicki VIII, Maleszewski VIII, Mikucki VIII. Na III-cim Zj. Schramm a na VIII-ym Zj. Świtalski referowali o ostatecznych wynikach po operacyi *raka macicy*. Nawet *o ciąży zamacicznej* mówiono dwakroć (Szuman II, Bogdanik IX), wykłady ważne ze względu na dyagnostykę różniczkową guzów jamy brzusznej. Ziembicki VII opisał dokładnie *metodę francuską wyłuszczania macicy przez pochwę*. Kilka innych wykładów, wygłoszonych na paru pierwszych zjazdach, tyczyło spraw, dziś już wyłącznie ginekologów obchodzących.

VI. Chirurgia dróg moczowych.

Stosunkowo nieznaczna ilość 32 wykładów wyczerpuje niemal zupełnie przedmiot. *O chirurgii nerek i moczowodów* wykładali Obaliński II i VIII, Rościszewski IV, Jakubowski IV, Dembowski III, Szuman III, Rydygier VII, Klecki VIII, Kryński VIII. Pouczające wykłady z zakresu *chirurgii pęcherza moczowego* zawdzięczamy Załozieckiemu I, Schrammowi I, V, Ziembickiemu III, IV, X, Rydygierowi III, IX, Kryńskiemu VII. O istocie i leczeniu *przerostu gruczołu krokowego* mówili Ciechanowski VIII, Kryński VIII, Grosglik IX, Rydygier X. *O zwężeniach cewki moczowej* wykładał Minzer X, ogólnie *o zakażeniu moczowem* Grosglik IX i Minzer X, a o *aseptyce cewnikowania* Herman X. Sprawa leczenia *gruźlicy jąder* dwukrotnie wchodziła pod obrady, raz na IV Zj. (Wehr), drugi raz na X Zj. (Kryński). Krassowski na przedostatnim zjeździe wykładał *o leczeniu wodniaka moszen* sposobem Winkelmanna.

VII. Chirurgia kończyn.

W naszych ambulatoryach chirurgicznych gruźlica kości i stawów stanowi niemal 50% wszystkich innych chorób. Te stosunki odbić się musiały na naszych zjazdach. Sprawa *leczenia gruźlicy kości i stawów*, to niemal nieprzerwana tradycya naszych zjazdów. Prawie na każdym zjeździe rzecz ta bywa rozpatrywaną z rozmaitego stanowiska, na tych zjazdach krystalizują się nasze poglądy na istotę cierpienia i jego leczenie. Wielokrotnie Rydygier i Obaliński sami lub przez usta swych uczniów zabierają głos na ten temat, wywołując każdym razem żywe i w plon obfite dyskusye. Po zatem chirurdzy nasi zajmują się głównie chirurgią kończyny dolnej np. Zielewicz I, Sawicki IV i Gabryszewski VIII mówią o leczeniu *wrzodów goleniowych; o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego* wykładają Kryński IV, Sawicki V, Rydygier VIII i IX, *o biodrze szpotawem* Kozłowski VII, *o genu valgum* Stankiewicz III, *o stopie szpotawej* Ziembicki X, *o stopie końskiej* Sawicki V, *o przeszczepianiu ścięgien* Drobnik VI, VII, *o nowotworach kończyn* Krasowski VIII, *o zgorzeli kończyn* Trzebicki VIII itd. itd.

Tak się przedstawia suchy i niezupełny regestr odczytów, wygłoszonych na ubiegłych dziesięciu zjazdach. Jednak nie na wygłoszeniu wzgl. wysłuchaniu tych odczytów ograniczała się praca naszych zjazdów — w rachunek wziąść trzeba i dyskusye. A te były żywe, obfite i plenne. Na pierwszym zjeździe toczą się żywe rozprawy nad promienicą. Takie same zainteresowanie tą samą sprawą znajdujemy i na drugim zjeździe, na którym nadto dyskutują

nad ranami postrzałowymi z nowo-wprowadzonej broni mannlicherowskiej. Na trzecim zjeździe wykłady z dziedziny chirurgii nerek i pęcherza moczowego przyjęto z wielkiem zainteresowaniem. Punkt kulminacyjny dyskusyi nad leczeniem gruźlicy stawów i kości przypada na czwarty zjazd. Piąty zjazd wyróżniał się obszerną dyskusyą nad niedrożnością przewodu pokarmowego, o czem już poprzednio wspomnieliśmy. Na zjeździe szóstym nastąpiła gorąca wymiana zdań i zapatrywań w kwestyi włókniaków macicy. Na ósmym i dziewiątym zjeździe na porządku dziennym była sprawa leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego i o niej wiele dyskutowano. Na ostatnim wreszcie kongresie odczyty o leczeniu kamiennicy żółciowej i wrzodu okrągłego żołądka wywołały najżywszą wymianę zdań.

Nasze Zjazdy co do ilości wykładów stoją bezsprzecznie poza niemieckimi i francuzkimi — co do jakości jednak odczytów bynajmniej im nie ustępuią. Mówią tak wszyscy, którzy znają jedne, drugie i trzecie i patrzą bezstronnie. Powtarzam to na tem miejscu dla podniesienia serc! Nasze jednak Zjazdy posiadają nadto jedną wielką zaletę nad tamtymi — i to dzięki właśnie mniejszej ilości zgłoszonych odczytów. Czas bowiem, wykładami niezajęty, poświęcany bywa u nas wyczerpującym dyskusyom. A zdaniem mojem, punkt ciężkości takich Zjazdów polega właśnie w dyskusyi, a nie, choćby najlepszym wykładzie. Wymiana różnych zdań i odmiennych zapatrywań, ta bezpośrednio niejako po wykładzie następująca krytyka, uczy wiele i przynosi wiele korzyści praktycznych dla chirurga-praktyka, więcej, niż genialny nawet wykład. Dyskusya, fachowo przeprowadzona, ma inną jeszcze wartość. — Przeglądając pamiętniki i sprawozdania z ubiegłych zjazdów, widziałem nieraz, jak nad jakimś odczytem, który sam przez się nie budził większego interesu, nieznacznie wywiązywała się dyskusya, oświetlająca rzecz z różnych stron i wykład taki, który sam minąłby niespostrzeżony, nabierał wielkiej wagi właśnie dzięki owej dyskusyi. Ta wymiana zdań, dokładnie spisana, po długich jeszcze latach zachowuje wagę i wartość żywego słowa. Dlatego bardzo wypada żałować, że dobra myśl wydawania dokładnego pamiętnika „Zjazdów“ po paru próbach ustała. Istnieje bowiem „Pamiętnik“ tylko z I, II i VII „Zjazdu“, z innych tylko krótkie kronikarskie notatki w *Przeglądzie lekarskim* i innych tygodnikach. A w tych dyskusya zaledwie bywa zaznaczoną. Dobre wydawnictwo, o którem Prezes zjazdów mniemał, że stanie się kiedyś polskiem archiwum chirurgicznem, rozbiło się o względy natury materyalnej. Już na czwartym Zjeździe skarży się Prezes, że w kasie wydawnictwa znaczny niedobór, obiecuje, że mimo to pamiętnik i w przyszłości wychodzić będzie, acz w zmienionej formie, pomieszczać się w nim będzie mianowicie tylko referaty z odczytów, ale za to dyskusya drukowaną będzie *in extenso*. Widocznie jednak i ta myśl niemożliwą była do przeprowadzenia w praktyce, gdyż dopiero w kilka lat później wychodzi „Pamiętnik“ z VII Zjazdu, lecz w pierwotnej formie. Zasłużyłby się sprawie, ktoby wskrzesił to wydawnictwo. Te tomy drukowane, razem zebrane, świadczyłyby przed trybunałem przyszłości, że pozował Płoszowski, głosząc tezę o „l' improductivité slave“, a kłamał Momsen, bająć o niższości rasy słowiańskiej! Te tomy poświadczyłyby, żeśmy i na tem małem polu w wszechświecie interesów ludzkich nie pozostali za innymi.

Przeciwnie i na tem maluczkiem polu wyprzedzaliśmy niekiedy innych (chirurgia żołądka i jelit), a zresztą szliśmy nie za zachodem, lecz ze zachodem, szliśmy naprzód ku naszej chwale, a ku dobru naszych bliźnich.

Inne, równie ważne, a może nawet ważniejsze znaczenie naszych zjazdów, to bodziec do pracy, jaki idzie z nich dla wielu, a może dla wszystkich. Pewno niebłędnem będzie twierdzenie, że połowa myśli nowych i nowych dróg, jakie objawiono i wskazano na tych zjazdach, nie byłoby ujrzało światła dziennego, gdyby nie one. Szlachetna emulacya wywoływała je z niebytu.

Mają nasze zjazdy i inne jeszcze korzyści, wynikające z wyjątkowych stosunków i warunków, w jakich żyjemy. Jedna — to podnoszone w odezwach Prezesa budzenie zaufania do siebie samych i zyskiwanie go u ogółu lekarskiego i u publiczności, — gdyż nam ciągle jeszcze, nawet w domu i u swoich brak zaufania. A druga korzyść, to owa pociecha dla dusz i ulga dla serc, jaką każdy zjazd przynosi, gromadząc chirurgów naszych z różnych stron naszej ziemi w jedno miejsce i pozwalając zapomnieć, że nas trzema granicami politycznemi rozdzielono.

Tyle na zjazdach chirurgów polskich zdziałaliśmy i tyle stąd korzyści odnieśliśmy. Niedołężne pióro nie pozwala mi odszukać innych korzyści, a odnalezione we właściwem wystawić świetle. Lecz i te — tak przedstawione, wydają mi się tak znaczne, że ten, który zjazdy te do życia powołał i ci, którzy czynem umożliwili, aby myśl owa w rzeczywistość się zmieniła, z zadowoleniem spoglądać mogą na przebytą drogę, a z otuchą w przyszłość. Przyszłość zjazdów naszych zapewniona, — bo stały się one naszą potrzebą, zbądźmy się jeno słomianego człowieka, który, wedle słów Matlakowskiego, w każdym z nas siedzi.

Źródła. 1) Pamiętnik I Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1890. 2) Pamiętnik II Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1891. — 3) Sprawozdanie z VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16—21 lipca 1891. Sprawozdawca Dr. A. Beck. *Przegląd lek.*, 1891. Nr. 30—40. — 4) Sprawozdanie z IV Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. Napisał Dr. A. Beck. *Przegląd lekarski*, 1892. Nr. 29—41. — 5) Sprawozdanie z V Zjazdu chirurgów polskich. Napisał Dr. K. Klecki. *Przegląd lekarski*, 1893. Nr. 28, 30—36, 38—41. — 6) Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Część lekarska pod redakcyą Dra W. Bylickiego. We Lwowie 1895. — 7) Pamiętnik VII Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1896. — 8) VIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Sprawozd. Dr. L. Kryński. *Przegląd lekarski*, 1896. Nr. 31—35. — 9) Sprawozdanie z IX Zjazdu chirurgów polskich. Napisał Dr. S. Droba. *Przegląd lekarski*, 1899. Nr. 30—35. — 10) Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie pod redakcyą Doc. Dra J. Raczyńskiego. Kraków 1900. — 11) Program VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu r. 1898. Poznań 1898.

VI. VII Zjazd niemieckiego Tow. dermatologicznego we Wrocławiu.

Zestawił

Dr. E. Borzęcki.

(Dokończenie).

Ogólne zainteresowanie budziły *przypadki wyleczonego tocznia* twarzy naświetlaniem według metody Finsena, przywiezione z Kopenhagi i przedstawione przez Forchhammera. W miejscach tkanki toczniowej widzieliśmy blizny gładkie, cienkie, w obrębie ich nigdzie guzków (przy użyciu dyaskopu), strupków, — sło-

wem wyniki tak korzystne, a pod względem kosmetycznym względnie tak piękne, jak trudno chyba byłoby osiągnąć inną z używanych metod leczenia. Liczba posiedzeń dochodziła w dwóch przypadkach do 100, w reszcie od 200 do 300. Jeżeli uwzględni się, że przeciętny czas do wyleczenia wynosi 8—10 miesięcy, każde posiedzenie trwa mniejwięcej godzinę, a te muszą odbywać się przy ciągłej opiece i kontroli wyćwiczonego personalu, że wreszcie urządzenie przyrządu potrzebnego kosztuje do 6000 koron, to względy powyższe, nie ujmując w niczem wartości leczniczej tej metody, utrudniają wprowadzenie jej w wielu zakładach. A jednak, kiedy zważy się, że może niema kraju, w którymby było więcej tych biednych chorych, jak w Galicyi, to trzeba powiedzieć, że stworzenie takiego zakładu byłoby czynem wielce humanitarnym i prawdziwem dobrodziejstwem.

Schiff przedstawił chorą z bujnem uwłosieniem na brodzie (*hypertrichosis barbae*), wyleczoną z pięknym wynikiem naświetlaniem promieniami Roentgena.

Schäffer z kliniki Neissera przedstawił przy pomocy scioptikonu przekroje mikroskopowe skóry, objaśniające jej odmienne zachowanie się przy użyciu ciepła lub zimna w celach przeciwzapalnych. Wykonał to w sposób następujący: wyjałowioną nitkę jedwabną, napojoną 5% rozczynem azotanu srebrowego (celem wywołania odczynu) wkłówał ukośnie w wyjałowioną skórę królika. Miejsce wkłócia, po odcięciu nitki, zaopatrywał szczelnie; dla kontroli robił tosamo po drugiej stronie. Na przestrzeni skóry, na której przebiegała nitka, stosował przez godzin kilkanaście okłady zimne u jednych zwierząt, u drugich ciepłe. Z wyciętych kawałków skóry, wraz z nitką, sporządzał przekroje drobnowidowe i okazało się, że w otoczeniu nitki przy stosowaniu okładów ciepłych nie było żadnego odczynu w postaci nacieku komórek wypocinowych; był zaś wybitny przy użyciu okładów zimnych. Okłady wysychające działały mniej wybitnie, niż ciepłe.

Pick (Praga) przedstawił przez projekcyę w przekrojach drobnowidowych skóry zabarwionego nużeńca ludzkiego (*demodex folliculorum*). Udało mu się zabarwić tego pasorzyta przez zastosowanie sposobu barwienia, jaki używa się przy barwieniu prątków gruźliczych w tkankach.

Tyle co do strony naukowej Zjazdu, przynajmniej w streszczeniu.

Strona zewnętrzna nie pozostawiała nic do życzenia. Zjechało się około 150 dermatologów, przeważnie z Niemiec. Z Polaków brali udział z Krakowa: Prof. Reiss i sprawozdawca; z Poznania: Dr. Karwowski i Stahr; z Warszawy: Dr. Sachs i Elsenberg; z Łodzi: Dr. Goltz. Komitet gospodarczy, z Neisserem na czele, obmyślał wszystkie szczegóły wygody uczestników Zjazdu, a Neisser podejmował Zjazd wspaniałem przyjęciem w miejskim parku.

Jeżeli wogóle utarło się zapatrywanie, że Zjazdy lekarskie niewiele stosunkowo przynoszą korzyści dla biorących w nich udział, to nie możnaby tego zastosować do VII Zjazdu dermatologów niemieckich: nagromadzono dużo materyału bardzo ciekawego i pouczającego.

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 11 lipca.

† Dziś rano zakończył życie dr. Jan Buszek, wieloletni lekarz główny miasta Krakowa. Życiorys nieodżałowanego kolegi i zasłużonego lekarza podamy w numerze następnym.

* Dnia 15 b. m. w murach Krakowa rozpocznie się XI-sty Zjazd chirurgów polskich. Życie przekonało, że pierwotne wątpliwości, czy coroczne Zjazdy chirurgów polskich będą mogły wypełnić dwa dni posiedzeń poważną liczbą członków i głęboką treścią odczytów, dziś znikły. Na posiedzeniach zjazdowych od lat dziesięciu odtwarza się nietylko całokształt rozwoju chirurgii z roku ubiegłego, lecz w nader pouczających rozprawach składają chirurdzy polscy plon własnej pracy i myśli. Jeśli chirurgia polska stoi na wysokości jej rozwoju u innych narodów oświeconych, bezsprzecznie Zjazdy chirurgów polskich są tu czynnikiem pierwszorzędnym.

Dzięki swemu geograficznemu położeniu Kraków jest stałą siedzibą tych Zjazdów: cześć ta wkłada na nas, lekarzy krakowskich, obowiązek jak najliczniejszego udziału w Zjeździe i przyczynienia się w miarę sił i możności do ziszczenia jego naukowych zadań.

* Sprawy sejmowe. Komisya szkolna uczyniła na posiedzeniu d. 4 lipca następujący wniosek: „Sejm wzywa rząd ponownie, aby ustanowił posady lekarzy szkolnych przy szkołach średnich, na razie przynajmniej przy szkołach średnich lwowskich i krakowskich“.

Na posiedzeniu dnia 5 lipca poseł prof. Jordan referował o „Sprawozdaniu z czynności Departamentu V-go Wydziału krajowego. Uchwalono: 1) Sprawozdanie Wydziału krajowego o czynnościach Departamentu V przyjmuje się do wiadomości. 2) Wzywa się rząd, by w myśl swych obietnic jak najrychlej przyznał i wypłacił subwencyę na budowę szpitali powszechnych w Kossowie i Nadwórnie w wysokości przynajmniej 80.000 koron tak, by Wydział krajowy w jak najkrótszym czasie mógł przeprowadzić wszystkie zarządzenia, potrzebne dla stłumienia kiły w wymienionych powiatach. 3) Wzywa się Wydział krajowy o przedłożenia na najbliższej sesyi takich wniosków, by na ich podstawie budowa na Kulparkowie schroniska na 500 chorych obłąkanych nieuleczalnych według przedłożonych komisyi sanitarnej planów mogła być w najbliższej przyszłości podjęta i stopniowo przeprowadzona. — 4) Wzywa się Wydział krajowy, by celem zrealizowania uznanej za potrzebną budowy Zakładu dla położnic w Krakowie, rozpoczął na podstawie przedłożonych komisyi sanitarnej planów i kosztorysu z rządem rokowania, co do udziału rządu w pokryciu kosztów budowy tego Zakładu i przedstawił swe wnioski. 5) Wzywa się Wydział krajowy, by sprawę urządzenia dwóch nowych szkół dla akuszerek (jednej w Rzeszowie i jednej w Stanisławowie) wytrwale u rządu popierał i jak najrychlej przeprowadzić się starał.

Na posiedzeniu d. 6 lipca uchwalił W. Sejm zmienić §§. 11 i 15 ustawy o szpitalach. Będą one miały następujące brzmienie: *§ 11.* Krajowe zakłady lecznicze powszechne i publiczne mają własne, przez Sejm uchwalone, statuty. Zakłady te zostają pod bezpośrednim zarządem Wydziału krajowego. W przyszłości uchwalać będzie statuty dla krajowych zakładów publicznych i powszechnych Sejm krajowy, na podstawie wniosku Wydziału krajowego, przedstawionego w porozumieniu z Namiestnictwem. Innymi szpitalami powszechnymi i publicznymi zawiadują komitety szpitalne. Komitet szpitalny składa się w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Żywcu, Lubaczowie, Przemyślanach i Sniatynie: a) z delegata Wydziału krajowego; b) z prezesa Rady powiatowej lub jego zastępcy; c) z delegata Wydziału powiatowego; d) z dyrektora szpitala. W szpitalach zaś w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Nowym Sączu, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi: a) z delegata Wydziału krajowego; b) z naczelnika gminy lub jego zastępcy; c) z delegata Rady gminnej; d) z dyrektora szpitala. *§ 15.* Koszta budowy nowego, odbudowy lub rozszerzenia starego gmachu, tudzież wewnętrznego urządzenia dobudowanej części w szpitalach, już uznanych za powszechne i publiczne, pokrywane będą przedewszystkiem ze specyalnych, na ten cel przeznaczonych funduszów i zobowiązań. W braku lub niedostateczności takich funduszów, połowę potrzebnej kwoty pokryje fundusz krajowy, jeżeli Sejm potrzebę tej budowy uzna. Drugiej połowy dostarczy dla szpitala w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi ta gmina, zaś dla szpitala w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Lubaczowie, Przemyślanach, Żywcu i Śniatynie ten powiat, w której, względnie w którym, dotyczący szpital się znajduje.

Na temże posiedzeniu poseł dr. Bernadzikowski imieniem komisyi sanitarnej referował petycyę prof. Bujwida z Krakowa o subwencyę na Zakład dla leczenia wścieklizny. Uchwalono: 1) Wezwać rząd, aby utworzył Zakład dla szczepień ochronnych metodą Pasteura w Krakowie. 2) Wezwać Wydział krajowy, aby nie spuszczał z oka sprawy założenia takiego Zakładu w kraju, prowadził nadal w tej sprawie rokowania z rządem, a tymczasem troskliwą otaczał opieką zakład prof. Bujwida.

Na posiedzeniu d. 9 b. m. W. Sejm upoważnił Wydział krajowy do podniesienia płac sekundaryuszów w szpitalach Lwowa i Krakowa, w myśl pierwotnego wniosku Wydziału krajowego.

— Lipcowy zeszyt »Nowin lekarskich« poświęca Redakcya »Uczestnikom XI Zjazdu chirurgów polskich«. Po krótkim zarysie historycznym Zjazdów, pióra Dr. Hermana, następują 3 prace oryginalne, mniej lub więcej związane z zagadnieniami z zakresu chirurgii, dalej jak zwykle bogaty dział referatów, dający streszczenie 90 prac [prócz wiadomości drobniejszych], a wśród nich sprawozdanie ze Zjazdu niemieckich ginekologów. Do samej chirurgii odnosi się 40 streszczeń.

Z przyjemnością spotyka się wznowiony »Przegląd prasy lekarskiej polskiej«. Rubryka »Ruch w Towarzystwach« obejmuje prócz notatki o III Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich sprawozdanie z Towarzystw: warszawskiego, krakowskiego i kaliskiego. Inne drobniejsze działy zeszytu odznaczają się również ożywieniem i aktualnością. Zeszyt ozdobiony jest portretami prof. Rydygiera, prezesa Zjazdów chirurgicznych polskich, oraz prof. Hlavy i Doc. Veselyege, sekretarza Zjazdu czeskiego.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Antoni Jan Wespański.

* XIV-sty międzynarodowy Zjazd lekarski odbędzie się w Madrycie od 23 do 30 kwietnia 1903 r. Komitet gospodarczy składa się: z prezesa prof. Juliusza Calleja y Sanchez, sekretarza generalnego Dr. Angel Fernandez-Caro y Nouvilas, skarbnika dr. Jose Gomez y Juna. Sekcyj ma być 16. Wpisowe od jednego członka wynosi 30 pesetów (tyle co 30 franków). Panie, należące do rodzin członków, opłacać będą 12 pesetów od osoby, a za to korzystać będą mogły ze zniżek na kolei i będą mogły brać udział we wszystkich uroczystościach, urządzonych na cześć członków Zjazdu.

* Mór szerzy się w licznych już punktach starego świata. Kilka przypadków, stwierdzonych w ostatnich dniach w Carogrodzie, poważnie zaniepokoiły Europę, ze względu na nader liczne drogi komunikacyjne wodne i lądowe, łączące wschód turecki z resztą Europy. Prawdopodobnie najwyższa Rada zdrowia w Austryi wzmocni dotychczasowe zarządzenia policyjno-sanitarne.

* 25 lat ubiegło od chwili, w której prof. Porro wykonał po raz pierwszy operacyę, noszącą jego imię; ginekolodzy włoscy z powodu tej rocznicy ofiarowali profesorowi Porro złoty medal.

* W Rzymie powołaną została Komisya pod przewodnictwem Baccellego, w celu wystawienia szpitala wyłącznie dla dzieci gruźliczych.

* Z funduszów prywatnych wybudowano w Paryżu szpital dla chorych gruźliczych.

* Na mającym się odbyć między 22 a 26 lipca angielskim Kongresie przeciwgruźliczym w Londynie będzie 4 sekcye: 1) miast, lekarsko-klimatologiczna, 3) patologiczno-bakteryologiczna i 4) weterynaryjna.

Nekrologia. Umarli: Dr. Stanisław Piotrowski, lat 81, w Włodzimierzu wołyńskim. Dr. O Szreiber zmarł w Ucianie, gubernii Kowieńskiej. W Poznaniu d. 5 b. m. zmarł Dr. Jan Panieński, znany neurolog, w 40 roku życia. Urodził się 1862 r. w Busku; studya naukowe odbywał w Poznaniu, Lipsku i Berlinie. Był asystentem w ginekolog. klinice Schödera, następnie asystentem w klinice chorób nerwowych Mendla i Eulenburga, wreszcie asystentem w Zakładzie wodoleczniczym w Elgersburgu w Turyngii. Osiadł w Poznaniu r. 1889 i tu założył dom zdrowia, cieszący się wielkiem uznaniem.

Bibliografia.

Garnier et Delamare: *Dictionnaire des termes techniques de médecine, contenant les étymologies grecques et latines. (Paryż).* Rozwój nauk lekarskich wymaga tworzenia coraz nowych wyrazów. Neologizmy te sprawiają czasem lekarzowi wielką trudność w zrozumieniu treści czytanej rozprawy. Słownik, o którym piszemy, ma za zadanie przyjść z pomocą czytelnikowi, a to przez przytoczenie źródłosłowu i etymologiczne wytłómaczenie nowego terminu. Oczywiście, nowe wydania takiego słownika muszą uzupełniać się co parę lat, ażeby wydawnictwo odpowiedziało swemu zadaniu. Dowodem wielkiej potrzeby takiego słownika jest szybkie rozkupienie pierwszego wydania.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 27: Lewensztern: Przypadek tętniaka urazowego tętnicy szyjowej wewnętrznej. Neugebauer: Thrombus vaginae et vulvae.

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 7: Herman: Z kroniki pierwszego dziesięciolecia Zjazdów chirurgów polskich. Szuman: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych (c. d.). Fonferko: Róża na podstawie materyału klinicznego od r. 1890 do 1900. Dziembowski: Cianka ludzka *(trichocephalus dispar)*, jako powód zapalenia ślepej kiszki.

— *Kronika Lekarska* Nr. 12: Michelis: Hernia scrotalis cum Elephantiasi scroti. Bornstein: O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia (dok.).

— *Medycyna* Nr. 27: Rubin: Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej. Zausmer: Termoregulator naftowy i uproszczona centryfuga.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27: Kopfstein: Zkušenosti s narkosou medullarni dle Biera. Haškovec: Neurosis traumatica (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 52: Merklen et Girard: Rak pierwotny większych oskrzeli.

— *Nr. 52:* Jacques et Gautier: Krótka atypowa epidemia moru.

— *La Semaine médicale* Nr. 25: Hematolysis w cieczach wybroczynowych pochodzenia rakowego.

— *Nr. 27:* Hemodyagnostyka zapalenia wyrostka robaczkowego. Lépine: Rola cukru w odżywianiu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Heinecke: Przypadek ciężkiego zgruchotania klatki piersiowej z zejściem pomyślnem. Stern: Leczenie kiły wstrzykiwaniami. Tippel: Przyczynek kazuistyczny do wiedzy o zakażeniu wewnątrzustrojowem i zewnątrzustrojowem. Mendel: O kiłowej rwie kulszowej i jej leczeniu. Quadflieg: Przypadek przewlekłego biodro kątniczego wgłobienia. Ostermaier: 35 dni trwające zaparcie stolca z gładkiem zamknięciem światła jelita. Gotthilf: Przypadek zatrucia wyciągiem paprotki samczej. Schilling: Leczenie pląsawicy przewlekłej poddawaniem. Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27: Schmidt: O połnem leczeniu rozmiękczenia kości. Alexander: Etyologia schorzeń trąbki Eustachyusza i ucha środkowego. Sternberg: Przyczynki kazuistyczne.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27: Bettmann: Trądzik chlorowy, jako osobna postać zawodowej choroby skórnej. Cipollina: O wpływie kilku substancyj na próbę Trommera. Kowarski: Wykazanie białka roślinnego drogą biologiczną. Schelle: Przypadek posocznicy z zapaleniem ucha i zakrzepem zatoki, rozpoczynający się objawami gośćca stawowego. Waldeyer: Topografia mózgu. Munter: Sposób zużytkowania leczniczego ciepła doprowadzonego i zatrzymanego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27: Rose: O napadowem kołataniu serca. Guttmann: Sprawozdanie z leczenia gruźlicy płuc i krtani śródżylnemi wstrzykiwaniami hetolu za czas od $^{16}/_{10}$ 1899 do $^{10}/_{4}$ 1901. Grabower: Wpływ laryngologii na postęp medycyny. Landgraf: Uwagi o jednym przypadku tętniaka aorty.

Redakcya otrzymała: Prus: O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżka. 2) *Toż samo* po francusku. Burzyński: 1) O konserwacyi narządów w naturalnych barwach. 2) *Toż samo* po niemiecku. Gońka: W sprawie powstawania niektórych cyst w błonie śluzowej dziąsła. 2) *Toż samo* po francusku. Kadyi H.: O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego. 2) *Toż samo* po niemiecku. Świątecki: Uchyłek pęcherza moczowego w przepuklinie. Halban: 1) Ueber juvenile Tabes nebst Bemerkungen über symptomatische Migräne. 2) Ein Fall von Pavalysis progressiva. Kurtz: III Zjazd przyrodników i lekarzy w Pradze czeskiej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Toustem**, z płacą roczną 1.000 Koron i ryczałtem na koszta podróży 600 Koron.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Kałahorówka, Wolica, Sadzawki, Kąt toustecki, Nowosiółka grzymałowska, Borki małe, Rasztowce, Soroka, Dubkowce, Krasne, Przekalec.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 15-go sierpnia 1901 roku, zaopatrzone w załączniki udowodniające:

1. Dostateczną fizyczną zdatność petenta;
2. Prawo obywatelstwa austryackiego;
3. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
4. Nieskazitelny charakter;
5. Znajomość języków krajowych:
6. Praktykę najmiej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym, po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminu fizykackiego.

Dr. ZOFIA MORACZEWSKA

ordynuje jak poprzednio

w FRANCENSBADZIE

Kirchenstrasse. — Schwarzes Bär.

Dr. EDMUND MAJEWICZ

lekarz chorób wewnętrznych, krtani, gardła, nosa i uszu

osiadł w ZAKOPANEM

15. Przecznica 15.

Dr. WŁ. MALESZEWSKI

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie letnim

w KARLSBADZIE

od 20 kwietnia do 1 października »**Drei Staffeln**«, **Alte Wiese.**

B. asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell.

Dr. ZYGMUNT WĄSOWICZ

ordynuje jak lat ubiegłych

w Krynicy (dom pod Orłem).

Dr. Oskar Kaufmann

ordynuje jak dawniej

w Karlsbadzie

»Pascha« Sprudelstrass.

Kąpiele słone Luhaczowice (Morawy).

Dr. E. Spielmann z Wiednia

od 22 lat zakładowy lekarz.

(Sezon od 15-go Maja do końca Września)

THIOLIN

znakomity syrup odkrztuśny w cierpieniach płucnych i gardłowych.

Dla dorosłych: 2—3 łyżek, dla dzieci 3—4 łyżeczek dziennie z ciepłem mlekiem lub z naparem ziółek, stósownie do ordynacyi lekarza.

Sprzedaż częściowa w aptece

Karola Łuczki w Podgórzu

i we wszystkich aptekach.

Hurtownie sprzedaje tylko

M. L. DOBROWOLSKI.

Flakon 2 korony.

W lecie r. b. ordynować będę

W RYMANOWIE

(dom Zontaka)

Dr. Michał Śliwiński.

Na powszechne żądanie z dniem **16 Lutego 1901 r.** otwarty pierwszy w Polsce

ZIMOWY ZAKŁAD KĄPIELOWY WÓD SIARCZANYCH w SWOSZOWICACH

5 kilometrów od Krakowa, stacya kolei, poczta, telegraf w miejscu. Znane powszechnie Swoszowickie wody siarczane przewyższaja swą **siłą i skutecznością** inne tego rodzaju wody krajowe i zagraniczne, leczą **reumatyzm** stawowy i mięśniowy, podagrę, choroby **skórne** i najstarsze **syfilityczne, nerwowe** i obrażenia kości. Nowo urządzone ze znacznym nakładem **Sanatorium**, posiada łazienki, mieszkania, korytarze i ogród zimowy, centralnie ogrzane z rozprowadzeniem i ogrzaniem wody siarczanej w sposób używany w pierwszorzędnych zakładach zagranicznych, wskutek czego siła wody na swych składnikach nie utraca. Zakład w Swoszowicach otwarty więc już **cały rok.** Pensyonat i restauracya (kuchnia domowa) dla gości w miejscu. Ceny umiarkowane. Bliższych szczegółów udziela: *Zarząd.*

Dra LUDWIKA SCHWEINBURGA

UZDROWISKO i WODOLECZNICA

Zuckmantel (Ślązk austr.).

Hidro-elektroterapia. Elektryczne kąpiele dwucelowe. Elektr. kąpiele świetlane. Mięsienie. Kuracye dyetetetyczne, terenowe. Śliczne położenie. Bardzo wygodne, odpowiednie urządzenie. **Nowo zbudowany Zakład:** wielka leczniczo-mechan. sala (system Dra Herza). Leczenie promieniami Röntgena i wedle d' Arsonvala. Opakowania Fango, gorące kąpiele kwasorodowe i t. p. Ogrzanie parą, oświetlenie elektr. Ceny przystępne. Prospekta darmo.

Alboferyna

łatwo rozpuszczalny, bez zapachu i smaku

przetwór odżywczy

zawierający **żelazo** i **fosfór** w białku organicznem, przyrządzony jako proszek lub w postaci kołaczyków.

Alboferynę stósowano z dobrym wynikiem według orzeczeń lekarskich w **niedokrewności, błednicy, osłabieniu po utracie krwi, okresie ozdrowienia i t. d.**

Alboferyna podnieca w wysokim stopniu łaknienie i wpływa korzystnie na ciężar ciała.

Do nabycia we wszystkich aptekach i drogueryach.

Skład główny w aptece „zum schwarzen Bären“

Wiedeń, I., Lugeck 3.